



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN VÍCTIMAS
DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE PRESENTAN HOSTILIDAD, EN
ADOLESCENTES DE TRECE A DIECISIETE AÑOS DEL HOGAR DE LA
DIVINA GRACIA”**

PRESENTADO POR:

SILENA COBOS
CEDULA 8-343-591

ASESOR:

PROFESOR DOCTOR MIGUEL ANGEL CAÑIZALES MENDOZA

2017

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa de Maestría en: **Psicología Clínica**

Facultad de: **Psicología**

Número de Código: **CE-PT-327-14-06-16-137**

Nombre del estudiante: **SILENA COBOS**
8-343-591

Título al que aspira: **Maestría en Psicología Clínica**

Tema de Tesis: **Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en Víctimas de Violencia Doméstica que Presentan Hostilidad, en Adolescentes de Trece a Diecisiete Años del Hogar de la Divina Gracia**

Resumen Ejecutivo: **Presentamos este estudio con diseño de tipo cuasiexperimental, en el que se busca disminuir la hostilidad en víctimas de violencia doméstica, en un grupo de adolescentes entre trece y diecisiete años, del Hogar de la Divina Gracia, a través de un Programa Terapéutico Cognitivo Conductual, y medir que tan eficaz es. El estudio se llevará a cabo en 14 sesiones de 90 minutos, con una frecuencia de dos veces por semana.**

Nombre del Asesor:

Doctor Miguel Angel Cañizales Mendoza

Firma del Asesor:

Firma del Estudiante:

Proyecto Aprobado por:

Coordinador del Programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado.

Fecha:

DEDICATORIA

Al Todopoderoso, que guía mis pasos y me acompañó a lo largo de toda mi carrera.

A mi esposo, a mi hijo y a mis padres quienes me apoyan incondicionalmente, en los proyectos que emprendo; su amor es mi motivación.

Silena Lizmar

AGRADECIMIENTO

A las chicas del Hogar de la Divina Gracia que con todo su amor y disposicion me permitieron aprender de esta experiencia

INDICE

PORTADA	1
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN Y SUMMARY	XIV
INTRODUCCION	1
CAPITULO I MARCO TEORICO	4
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	5
1 Antecedentes	5
1 1 La organizacion cognitiva segun Beck	6
1 1 1 1 Los esquemas cognitivos	7
1 1 1 2 Las creencias	8
1 1 1 3 Dos tipos de creencias de Beck	9
1 1 4 Los Productos Cognitivos	9
1 2 Aportaciones de Bandura	9
1 3 Terapia Cognitiva Conductual	10
1 4 Tecnicas de Relajacion	13
2 HOSTILIDAD	14
2 1 Antecedentes	14
2 2 Definicion	15
2 3 Enfoque conductual	16
2 4 Respuesta Emocional	16

3. LA VIOLENCIA	
DOMÉSTICA.....	17
3.1. Definición.....	17
3.2. Tipos de Violencia Doméstica.....	21
3.2.1 Violencia o Maltrato Físico.....	21
3.2.2 Violencia o Maltrato Sexual.....	22
3.2.3 Violencia o Maltrato Psicológico.....	22
3.3. Mitos de la Violencia Doméstica.....	23
3.4 Maltrato hacia los adolescentes.....	25
3.5. Adolescencia y la Violencia.....	26
4. LA ADOLESCENCIA.....	27
4.1. Distintas fases de la adolescencia.....	28
4.1.1 Pre – adolescencia.....	28
a) Cambios físicos.....	28
b) Cambios psicológicos.....	28
4.1.2 Adolescencia Temprana.....	28
a) Cambios físicos.....	28
b) Cambios psicológicos.....	28
4.1.3 Adolescencia Tardía.....	29
a) Cambios físicos.....	29
b) Cambios psicológicos.....	29

5. HOGAR DE LA DIVINA GRACIA.....	30
5.1 Antecedentes.....	30
5.2 Objetivo General.....	31
5.3 Objetivos Específicos.....	31
5.4 Motivos por los cuales ingresan las adolescentes al Hogar.....	32
5.5 Perfil para el ingreso de las adolescentes al Hogar.....	32
5.6 Metas.....	33
5.7 Centros de custodia gubernamentales similares	33
5.8 Organigrama del Hogar.....	35
CAPÍTULO II: ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	36
1. Planteamiento del Problema.....	37
2. Objetivo General.....	38
3. Objetivos Específicos.....	38
4. Hipótesis.....	38
4.1 Hipótesis Estadística.....	38
5. Variables.....	39
5.1 Variable Independiente.....	39
5.2 Variable Dependiente.....	39
6. Definición de las Variables.....	39
6.1. Definición conceptual de la variable independiente.....	39
6.2. Definición operacional de la variable independiente.....	40
6.3. Definición conceptual de la variable dependiente.....	40
6.4. Definición operacional de la variable dependiente.....	40

7. Diseño de Investigación.....	40
8. Muestra.....	40
8.1 Delimitación de la población.....	40
8.2. Criterios de inclusión.....	41
8.3 Criterios de exclusión.....	41
8.4 Criterios de eliminación.....	41
9. Selección de las unidades de Análisis.....	42
9.1 Instrumentos.....	42
9.2 Procedimientos.....	42
9.3 Recolección de datos.....	43
9.4 Modelo Estadístico.....	43
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	45
1. Características Generales de la Muestra.....	46
2. Diseño Estadístico.....	54
2.1 Prueba de rangos con signos de Wilcoxon.....	54
2.2 Prueba de 90 síntomas.....	55
2.2.1 Hostilidad.....	55
2.2.2 Obsesión Compulsión.....	58
2.2.3 Ansiedad,.....	61
2.3 16-PF-APQ.....	64
2.3.1 Dominancia,.....	64
2.3.2 Impulsividad,.....	67
2.3.3 Atrevimiento.....	70
2.3.4. Sensibilidad.....	73
2.3.5 Rebeldía.....	76

CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	80
Conclusiones	81
Recomendaciones	82
BIBLIOGRAFIA	84
ANEXOS	89
Anexo 1 Modelo de Consentimiento informado	
Anexo 2 Programa de Intervencion	
Anexo 3 Sinopsis de Entrevista realizada a cada adolescentes	
Anexo4 Modelo de la entrevista	

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N° I: Distribución por edad.....	46
CUADRO N°2: Distribución por nivel educativo.....	48
CUADRO N° 3: Distribución por lugar de procedencia.....	50
CUADRO N° 4: Tiempo en el Hogar.....	52
CUADRO N° 5: Prueba de Hipótesis Hostilidad.....	55
CUADRO N° 6: Puntuaciones del factor Hostilidad.....	56
CUADRO N° 7: Prueba de Hipótesis Obsesión Compulsión.....	58
CUADRO N° 8: Puntuaciones del factor Obsesión Compulsión.....	59
CUADRO N° 9: Prueba de Hipótesis Ansiedad.....	61
CUADRO N° 10: Puntuaciones del factor Ansiedad.....	62
CUADRO N° 11: Prueba de Hipótesis Dominancia.....	64
CUADRO N° 12: Puntuaciones del factor Dominancia.....	65
CUADRO N° 13: Prueba de Hipótesis Impulsividad.....	67
CUADRO N° 14: Puntuaciones del factor Impulsividad.....	68
CUADRO N° 15: Prueba de Hipótesis Atrevimiento.....	70
CUADRO N° 16: Puntuaciones del factor Atrevimiento.....	71
CUADRO N° 17: Prueba de Hipótesis Sensibilidad.....	73
CUADRO N° 18: Puntuaciones del factor Sensibilidad.....	74
CUADRO N° 19: Prueba de Hipótesis Rebeldía.....	76
CUADRO N° 20: Puntuaciones del factor Rebeldía.....	77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICA N°1: Distribución por edad.....	47
GRÁFICA N°2: Distribución por nivel educativo.....	49
GRÁFICA N°3: Distribución por lugar de procedencia.....	51
GRÁFICA N°4: Según tiempo en el Hogar.....	54
GRÁFICA N°5: Hostilidad.....	57
GRÁFICA N°6: Obsesión Compulsión.....	60
GRÁFICA N°7: Ansiedad.....	63
GRÁFICA N°8: Dominancia.....	66
GRÁFICA N°9: Impulsividad.....	69
GRÁFICA N°10: Atrevimiento.....	72
GRÁFICA N°11: Sensibilidad.....	75
GRÁFICA N°12: Rebeldía.....	78

RESUMEN

SUMMARY

RESUMEN

En esta investigación se realizó un estudio cuasi – experimental, en el que buscamos disminuir la hostilidad en víctimas de violencia doméstica, mediante un programa de intervención terapéutica, con la terapia Cognitivo Conductual, a fin de conocer la eficacia de ésta, en víctimas de hostilidad, en un grupo de adolescentes entre 13 y 17 años, que se encuentran recluidas en el Hogar de la Divina Gracia; quienes fueron víctimas de violencia doméstica de parte de sus familiares, mientras vivían en sus respectivas casas. Esta intervención terapéutica se realizó a través de 14 sesiones individuales, durante 90 minutos cada una, dos veces por semana. Se evaluó a las jóvenes, a fin de conocer quienes presentaban rasgos de hostilidad, según nuestros instrumentos de medición. Iniciamos nuestra investigación con 10 jóvenes, pero al transcurrir las 14 sesiones quedamos con seis jóvenes, ya que cuatro de ellas salieron por no cumplir con los criterios de inclusión, debido a que faltaron a más de dos sesiones, porque fueron cambiadas de hogar por su mala conducta, o por haberse fugado del hogar.

Se aplicaron las pruebas psicológicas 90 síntomas y 16PF-APQ, con pre test y post test, a fin de comparar ambas mediciones, utilizando el programa estadístico de pruebas no paramétricas, de dos muestras relacionadas de Wilcoxon.

Al comparar los resultados, las jóvenes reflejaron una mejoría estadísticamente significativa. Al finalizar nuestra investigación, se pudo demostrar la eficacia de la terapia Cognitivo Conductual, en víctimas de hostilidad.

SUMMARY

In this research, a quasi - experimental study was conducted in which we sought to reduce hostility in victims of domestic violence through a program of therapeutic intervention with Cognitive Behavioral Therapy in order to know the efficacy of this therapy in these victims of hostility. The study was conducted in a group of adolescents between the ages of 13 and 17 who are being held in the Home of the Divine Grace who were victims of domestic violence by their relatives while living in their homes. This therapeutic intervention was performed through 14 individual sessions, for 90 minutes each, twice a week. The young women were evaluated in order to know who presented traits of hostility according to our measurement instruments. We started our research with 10 young people, but at the end of the 14 sessions we were left with six young people since four of them left because they did not meet the inclusion criteria due to lack of more than two sessions, whether they were changed from home for their misconduct or that they ran away from home.

The psychological tests were applied to 90 symptoms and 16PF-APQ with pre-test and post-test in order to compare both measurements using the statistical non-parametric test program of two related Wilcoxon samples.

When comparing the results, the young women showed a statistically significant improvement. At the end of our research the effectiveness of Cognitive Behavioral therapy in victims of hostility could be demonstrated.

INTRODUCCION

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se presenta una intervención terapéutica con un programa de 14 sesiones con el modelo Cognitivo Conductual, para disminuir la hostilidad en víctimas adolescentes, entre 13 y 17 años, de violencia doméstica del Hogar de la Divina Gracia.

El primer capítulo, se denominó, marco teórico, porque se señala las bases teóricas, los fundamentos, los antecedentes, de los principales temas y términos a tratar relacionados con la presente investigación, como lo son la Terapia Cognitivo Conductual, sus principales precursores, así como también se presentan los antecedentes de la terapia cognitivo conductual en general; la organización de Beck; sus esquemas cognitivos; las creencias; los tipos de creencias; los productos cognitivos y las aportaciones de Bandura.

En este capítulo también se desarrollan los beneficios de las técnicas de relajación; se aclara qué es la violencia doméstica, sus tipos y sus mitos. Se señala además, qué es la adolescencia, sus distintas fases; los cambios físicos y psicológicos que se dan en este periodo; las definiciones de qué es la hostilidad, ya que es un rasgo de personalidad en el que la víctima o la persona que la padece, se tornan violentas, presentan agresividad; poniéndose en oposición o en contra de otras personas o situaciones, ya sea por causas justificadas o injustificadas. Además se muestra sus antecedentes, su enfoque conductual y su respuesta emocional.

Finalmente, qué se conoce acerca del Hogar de la Divina Gracia, sus objetivos, que le ofrece a la sociedad, como se ingresa a este lugar y como se le podría apoyar.

En el capítulo II, se presentan los aspectos metodológicos, los objetivos de la investigación, el planteamiento del problema de investigación y las hipótesis a comprobar, las variables que intervienen, igualmente, se explica el diseño de investigación, quienes conforman, la muestra y los criterios utilizados con la misma.

En el capítulo III, se discute y analizan los resultados obtenidos de la investigación con el grupo de participantes, luego de aplicado los instrumentos de medición, con un pre test y un post test, que permitió comprobar la hipótesis de que la terapia cognitiva conductual disminuye la hostilidad, en víctimas adolescentes de violencia doméstica, luego de

aplicado el programa de Terapia Cognitiva Conductual, en estas 14 sesiones, en las víctimas con hostilidad.

En el último capítulo, el IV, se señalan las conclusiones luego de esta experiencia investigativa, y las recomendaciones, con fin de que se colabore de alguna manera, con el Hogar de la Divina Gracia y con las jóvenes que allí residen, para que puedan lograr una mejor integración a la sociedad

Culminamos trabajo con la bibliografía, donde se detallan las fuentes consultadas, para obtener el material de investigación, para el mismo.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

MARCO TEÓRICO

Terapia Cognitiva Conductual

1-Antecedentes

El surgimiento de la Psicoterapia Cognitiva, nació desde dos partes: por un lado, autores que venían del Psicoanálisis y por otro, representantes del sector conductista; pero más allá de estos dos enfoques, se destaca Kelly, (1955); como el primer teórico cognitivo, ya que presenta un enfoque de la persona y la terapia desde un planteamiento con las características propias del modelo cognitivo, Weishaar y Beck, (1987).

Kelly, (1955); le daba una especial atención al fenómeno de la anticipación que ya, se había planteado por Lashley, (1948); La teoría de este autor, se basa en el estudio de la organización particular de las estructuras que permiten darle importancia a la realidad, en la comprensión y modificación de las estructuras disfuncionales del sujeto.

Los principales exponentes de la Psicoterapia Cognitiva, se formaron en Psicoanálisis, entre ellos, Ellis (1962) y Beck, (1967); ambos cuestionan la evidencia empírica que fuera relevante, y los resultados más visibles y favorables para el individuo, es por ello, que la Psicoterapia Cognitiva le da especial atención a la comprobación, validación e investigación de sus teorías y primordialmente, de su práctica.

Ellis, (1962); desarrolló lo que se conoce como la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), en donde todos los componentes eran tomados en cuenta, lo revolucionario de su aporte fue la actitud del terapeuta que para él debía ser activa y directiva. Sustituyó la clásica escucha pasiva por un diálogo con el paciente, en donde se debatía y se cuestionaba sus pensamientos distorsionados, que se creía eran los determinantes de sus síntomas.

Ellis, (1957); presentó un modelo de intervención psicoterapéutica denominado Terapia Racional en el que enfatizaba el papel de las creencias en el desarrollo de los trastornos emocionales (cambio de creencias como solución). Ellis (1993); volvió a cambiar el nombre por terapia racional emotiva conductual.

Ellis, (1993), considera que cuando los individuos intentan conseguir sus metas se van encontrando con acontecimientos activadores (A) que les permiten o dificultan la consecución de sus metas, en función de la valoración que realicen, propone el modelo ABC para analizar relaciones entre acontecimientos, cogniciones y consecuencias. Los acontecimientos activadores (A), por sí mismos no provocan consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas (C); estas dependerán de cómo se perciba o interprete (B) dicho acontecimiento activador. Las creencias, B sobre A, explican la respuesta C, siendo B el mediador entre A y C. También se reconoce influencia de A sobre B y C, y de C sobre A y B. Un elemento activador A (enfermedad) puede producir consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas (C) y generar, al mismo tiempo, una serie de creencias (B). Los seres humanos no pueden tener experiencias (A), sin hacer inferencias sobre ella (B), que siempre tendrán consecuencias (C). Dificilmente se percibe, interpreta o valora (B) y se actúa, se siente o se piensa (C), si no hay ningún elemento activador (A). La TREC se ha centrado en resaltar la repercusión de las creencias racionales e irracionales (B) en las consecuencias emocionales, para conseguir las metas y propósitos.

1.1 La organización cognitiva según el modelo de Beck

Beck (1979); en su libro “Terapia Cognitiva de la Depresión”, cuenta como comenzó a cuestionar primeramente, algunos aspectos teóricos del Psicoanálisis, hasta que sus propias investigaciones con pacientes deprimidos, los pocos éxitos que encontraba entre sus colegas que estaban siendo sometidos a largos y poco eficaces tratamientos, además de las inconsistencias que fue encontrando en el trabajo con pacientes depresivos, que lo llevan a evaluar de manera crítica, la teoría psicoanalítica. La idea principal de esta Terapia, es que las personas sufren por la interpretación que realizan de los sucesos y no por éstos en sí mismos. Por lo que, Beck (1979); interesado por el tratamiento de la depresión, desarrolló un modelo para el tratamiento de esta patología, que posteriormente extendió a otros trastornos.

El modelo propuesto por Beck, afirma que ante una situación, los individuos no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo en

función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos (también llamados creencias nucleares).

1.1.1 Los Esquemas Cognitivos

En la teoría de Beck, (1979); los procesos cognitivos son los mecanismos de codificación, almacenamiento y recuperación de la información existentes en las estructuras cognitivas (esquemas). Por tanto, se incluyen entre los procesos cognitivos: la percepción, la atención, la memoria y la interpretación. En el procesamiento de la información pueden producirse errores en cualquiera de sus fases, que tienen como consecuencia una alteración o distorsión en la valoración e interpretación de los hechos, lo que el autor llama “distorsiones cognitivas”.

Según Beck (1979); los esquemas son patrones cognitivos constantes que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo. Es decir, que los esquemas son construcciones mentales subjetivas, más o menos estables, que actúan como filtros a la hora de percibir el mundo, por parte del individuo.

Los esquemas provienen en gran medida de experiencias previas de aprendizaje, por lo general, en etapas tempranas, pueden permanecer latentes hasta ser activadas por un evento significativo, que interactúa con ellos. La memoria son los esquemas, que representan el conjunto de experiencias previas y actúan como moldes que dirigen la atención, influyen en la interpretación de los acontecimientos y facilitan el recuerdo.

Hoy día se habla de guiones cognitivos, Roncero (2016); “son un tipo de esquemas cognitivos, concebidos como programas conductuales, almacenados en la memoria que se usan como guías de actuación en situaciones sociales y que son aprendidos en la infancia, a través de un doble proceso, que implica la codificación inicial de comportamientos observados seguida de ensayos repetidos”

1.1.2 Las creencias

Las creencias son los contenidos de los esquemas, son el resultado directo de la relación entre la realidad. Es todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos, que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia. Al

respecto Ruíz y Fuste (2014); opinan que las actitudes y creencias personales, se expresan a través de pensamientos, que reflejan el contenido de esquemas cognitivos relativamente estables. Los esquemas cognitivos (creencias centrales) son reglas de funcionamiento mental, que organizan la experiencia y orientan la conducta del individuo.

1.1.3 Dos tipos de creencias de Beck:

a) Creencias centrales o nucleares: Las creencias nucleares constituyen el núcleo de lo que nosotros somos, nuestros valores, nuestras creencias más firmes e inmovibles, justamente por eso es que nos dan estabilidad y nos permiten saber quien somos. Se presentan como proposiciones absolutas, duraderas y globales sobre uno mismo, los demás o el mundo. Por ejemplo, “soy un incompetente” o Yo soy varón. Representan el nivel cognitivo más profundo, son aquellas que constituyen el self de la persona, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas.

Sobre esta afirmación y creencia básica, es que se asientan otras creencias centrales, tal como la de “soy varón y me gustan las mujeres” o “soy varón y me gustan los varones”, estas dos opciones marcarán dos caminos distintos, pero la identidad de género no entra en juego, en los dos casos la afirmación central sobre el género, ya está hecha. En el primer caso un varón se dirá ‘soy heterosexual’ y en el segundo caso se dirá ‘soy gay’ y a partir de allí se irán constituyendo otras creencias que dirán, quiero que mi vida sea de esta manera o de esta otra. En este ejemplo, vemos como las creencias se van consolidando a partir de ciertas afirmaciones nucleares, primero las creencias de género, luego las de orientación sexual, etc.. Podemos ver como las creencias comienzan a constituir un entramado de significaciones, que van dando densidad a la personalidad.

b) Creencias periféricas o secundarias: Son influidas por las nucleares, por tanto, están ubicadas entre éstas y los productos cognitivos o pensamientos automáticos, son más satelitales y no involucran a los aspectos centrales de la personalidad, por lo tanto, pueden modificarse con más facilidad, consisten en actitudes, reglas, presunciones o supuestos, por lo tanto, influyen en la forma de ver la situación y esa visión influye en cómo se siente, actúa o piensa un individuo, se relacionan con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares. Ej.: La vida siempre te da una segunda oportunidad.

1.1.4 Los productos cognitivos

Los productos cognitivos hacen referencia a los pensamientos e imágenes, que resultan de la interacción de la información proporcionada por situación, los esquemas y creencias y de los procesos cognitivos. Los contenidos de los productos cognitivos, suelen ser más fácilmente accesibles a la conciencia que los esquemas y los procesos cognitivos.

El modelo de Beck (1979); y Ellis (1993); son una parte importante de las estrategias que se emplean dentro de la terapia cognitivo-conductual, a través de la reestructuración cognitiva, un individuo es capaz de modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva de los hechos y de las situaciones que vive, y de esta manera se estimula a éste para que altere los esquemas de pensamiento desordenados, y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista y adaptativa.

La otra línea de desarrollos que conformó los orígenes de la Terapia Cognitiva, corresponde a los autores que provenían del Conductismo y observando las restricciones del mismo comenzaron a incorporar y ampliar sus concepciones, entre ellos los más destacados fueron: Bandura (1977); Meichenbaum (1969); y Lazarus, (1971). Es por eso que a veces se habla de la Terapia Cognitivo-conductual, para mostrar este carácter integrador de dos modelos que en aquel entonces comenzaban a confluir.

El aporte fundamental de estos autores, fue la inclusión del determinismo bidireccional entre el individuo y el medio, en el aspecto práctico la inclusión de probadas técnicas de intervención clínica, tales como la desensibilización sistemática.

1.2 Aportaciones de Bandura

Uno de los desarrollos más importantes de la teoría del aprendizaje, ha sido el tema del aprendizaje por imitación, vicario, social u observacional.

Miller, (1941); estableció que la adquisición de respuestas de imitación a un modelo se fijaba mediante refuerzo, una vez que espontáneamente había aparecido. Pero es con Bandura, (1977); cuando alcanza su gran relevancia.

Su teoría del aprendizaje, expresada principalmente en su obra “Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad” (1963, trad. 1974); parte del principio de que se puede

aprender, a través de la observación, es decir, otra persona realiza la acción y experimenta sus consecuencias. El observador aprende por medio de la experiencia ajena. En este sentido, por eso se le llama a este tipo de aprendizaje "Modelado o Vicario", ya que la conducta del modelo observado y otras situaciones estimulantes se transforman en imágenes y códigos verbales que se retienen en la memoria.

Es bien conocida la investigación donde, demostró que los niños se revelaban más agresivos, tras haber contemplado un modelo agresivo, una película de un modelo agresivo o un dibujo en el que apareciera la violencia, que si contemplaban un modelo no agresivo o si no veían ningún tipo de modelo.

Una de las características del aprendizaje social es que se puede producir inmediatamente, sin la necesidad de un proceso gradual de adquisición.

Mediante la observación, aprendemos no sólo la forma de realizar una determinada acción, sino también, a predecir lo que sucedería en una situación específica, al poner de manifiesto los mecanismos para llevar a cabo esa conducta. De aquí surge la idea de la importancia que representan los procesos cognitivos para explicar el aprendizaje.

Bandura, (1977); "considera que ante una determinada situación, respondemos en función del significado que le damos a la misma, tanto si estamos implicados directamente en ella, como si nuestra presencia es la de simple observador de la situación. Según esta teoría social cognitiva, el funcionamiento humano se explica en términos de un modelo de reciprocidad, en tres dimensiones en que la conducta, los factores cognitivos y otros personales, y los acontecimientos ambientales, operan como determinantes unos de otros, interaccionando entre sí".

1.3 Terapia Cognitiva Conductual

Es una forma de entender cómo piensa el ser humano acerca de sí mismo, de otras personas, del mundo que le rodea, de cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos.

Para que el proceso terapéutico transcurra eficazmente, es preciso que el paciente esté dispuesto al cambio, que ponga todo su empeño y se involucre en la terapia, para lo que necesita que tenga una capacidad de autoanálisis para identificar los sentimientos adecuadamente; no todas las terapias son convenientes para todo tipo de personas, pero si con todas se puede tratar los mismo problemas, por eso es importante considerar las características del paciente, para que el trabajo no resulte infructuoso. En ocasiones, al parecer el individuo está en la mejor disposición de llevar su tratamiento, pero a medida que avanza la terapia presenta ciertas conductas que la obstaculizan, como el no realizar las tareas asignadas o hacerlas incorrectamente, negar avances, no participar activamente en la misma, entre otras, por lo que, también en este momento es conveniente, por las cuestiones ya mencionadas, que se le diga que no es posible continuar con la terapia.

Las habilidades que debe poseer el terapeuta, como en la mayoría de las terapias es la empatía, esa capacidad de ponerse en los zapatos del otro, es imperativo, sentir lo que el otro está sintiendo, es una de las principales habilidades y a la vez cualidades del terapeuta, porque de esta manera identificará mejor la problemática, y podrá actuar en consecuencia, sobre todo, podrá realimentarlo adecuadamente.

Otra de las habilidades, el cual involucra la aceptación, lo que no quiere decir que todo lo que diga o haga el paciente lo tomará como bueno, sino que lo está considerando como el ser humano que es y está consciente, de que como tal puede tener errores, es decir, no censurar o darle un valor a su comportamiento, sino tener la finalidad de que su trabajo radica en ayudarlo a desarrollar la autoconfianza, y de esa manera, luchar contra las conductas desadaptativas consecuencia de lo irracional de sus pensamientos.

Capacidad de confrontación, en cuanto a esta habilidad podría decirse que es característica de esta terapia, ya que es una de las principales herramientas para hacer que el individuo se dé cuenta de lo irracional de sus pensamientos, es común que el paciente divague, por lo que se debe estar atento a ello, y hacerle ver cómo está manejando las cosas, muchas veces con su lenguaje verbal dice una cosa, pero con el no verbal dice otra,

por lo que es necesaria la confrontación donde se da cuenta como está manejando mecanismos para proteger su integridad pero que desafortunadamente están basadas en hechos irreales

La capacidad comunicativa es básica porque no se trata solo de escuchar sino también de saber confrontar de validar los mensajes saber el momento oportuno de intervenir como ya se mencionó anteriormente una de las técnicas es el método socrático por lo que para hacer preguntas productivas solo quien maneja bien la comunicación lo podrá llevar a cabo también en la empatía juega un papel determinante en la comunicación porque para que el paciente se sienta comprendido es preciso que el terapeuta de vez en cuando haga intervenciones del tipo ¿quieres decir ? o seguramente te sentiste al hacer esto se consigue dos cosas en primera se está seguro que se está comprendiendo los mensajes emitidos por el paciente y en segunda a su vez se le hace del conocimiento que se le está entendiendo y además que se le está atendiendo lo que implica el respeto y aceptación

Las terapias cognitivo conductuales siguen los lineamientos de las terapias cognitivas enfocadas en la vinculación del pensamiento y la conducta recogen los aportes de distintas corrientes dentro de la psicología científica siendo más que una mera fusión como aplicación clínica de la psicología cognitiva y la psicología conductista. Suelen combinar técnicas de reestructuración cognitiva de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y de exposición

Este modelo acepta las opiniones conductistas de que la conducta humana es aprendida pero este aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas sino en la formación de relaciones de significado personales esquemas cognitivos o reglas. Igualmente los aspectos cognitivos afectivos y conductuales están interrelacionados de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. En esa relación mutua las estructuras de significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental pues ellas representan la organización idiosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia la de los otros y la de sí mismo

ello, que el entrenamiento en relajación constituye una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica. En general, hoy día con independencia del método, el entrenamiento en relajación se emplea prácticamente en todas aquellas situaciones, cuyo tratamiento requiere o aconseja la reducción de la actividad simpática del sistema neurovegetativo, de la tensión muscular o del estado de alerta general del organismo, esto forma parte de las estrategias generales de afrontamiento, en los trastornos de ansiedad y agresividad.

2. LA HOSTILIDAD

2.1 Antecedentes:

Por los años 90, varios autores, entre ellos Berkowitz, (1993); distinguieron dos tipos de agresión: la agresión reactiva u hostil y la instrumental. La primera es una reacción ante provocaciones, injusticias o agresiones reales o percibidas, y se dispara en forma impulsiva, como parte de un estado de ira o de cólera. Este tipo de agresión puede ocurrir naturalmente en cualquier persona, pero es particularmente frecuente en ciertos desórdenes, como los trastornos límite y paranoide de la personalidad. Por otro lado, la agresión instrumental, fría y planificada, se emite con el propósito de obtener un beneficio y es más propia de las personalidades antisociales.

A pesar de las claras diferencias entre ambas modalidades, es común el solapamiento entre los dos tipos de agresión. Bushman y Anderson, (2011); podemos verlo, en muchos ejemplos, tal como sucede con sujetos que planifican largamente sus venganzas o represalias. Este comportamiento, si bien ha sido planificado a veces durante largo tiempo, se nutre también de un profundo resentimiento alimentado con fantasías y recuerdos que exacerban la cólera. Otro ejemplo, más llanto es el de un niño cuando le quita por la fuerza un juguete a otro niño, donde la rabiase produce por la frustración, y se le añade el uso de la agresión como un instrumento para obtener lo que desea, Bushman y Anderson, (2011).

Los delincuentes, también planifican cuidadosamente sus delitos, pero además tienen reacciones impulsivas durante la consumación de los mismos. Sin embargo, un sujeto molesto puede controlar su reacción, teniendo en cuenta las consecuencias que puede tener su acto violento.

2.2 Definición:

Hostilidad: Viene del latín *hostilitas*, hostilidad es la cualidad de hostil, que indica una actitud provocativa y contraria, generalmente sin motivo alguno, hacia otro ser vivo. El concepto permite hacer referencia a una acción hostil y a la agresión armada, de acuerdo al diccionario de la Real Academia Española (RAE), (2016).

“La hostilidad es una actitud negativa hacia una o más personas, que se refleja en un juicio decididamente desfavorable de ella o ellas. Se expresa hostilidad cuando decimos que alguien nos disgusta, especialmente si deseamos el mal para esta persona, además un individuo hostil es alguien que normalmente hace evaluaciones negativas de otros, mostrando desprecio o disgusto global por muchas personas”. Berkowitz, (1990)

La hostilidad, por lo tanto, implica una conducta abusiva y agresiva que puede reflejarse en violencia emocional, física, verbal o psicológica, de mano de una sola persona, un grupo pequeño o una gran cantidad de gente, y estar dirigida, de igual forma, a uno o más sujetos.

Podemos decir que son pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de violencia, agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.

La conducta agresiva se ha definido como «el daño intencional a otras personas». Lo central aquí es la intención o el propósito de lastimar, quedando fuera de la definición el daño accidental. Una definición más precisa es la que ofrecen Anderson y Bushman, (2012); que incluye otros requisitos, además de la intención de dañar, que el agresor crea que hará un daño, y para excluir los casos en que el sujeto no sabe o no se da cuenta del efecto de sus acciones, y que suponga que el receptor del daño querrá evitarlo. Se distingue habitualmente, distintos tipos de agresión: física, verbal o relacional, Chaux, (2013);

entendiéndose esta última como el propósito de dañar el estatus la reputación o las relaciones de otra persona

2.3 Enfoque conductual

En términos conductuales podemos distinguir igualmente ambos factores la ira como respuesta emocional a ciertos estímulos y los comportamientos de agresividad y de violencia en tanto las conductas intencionales o potencialmente controladas por sus consecuencias. Las emociones en general son respuestas biológicamente determinadas que preparan al organismo para la acción. En el caso de la ira la activación fisiológica y la vivencia subjetiva de rabia o enojo predisponen al individuo para el ataque o la lucha por lo cual los comportamientos agresivos o violentos resultan más probables. Sin embargo la expresión más o menos violenta de los sentimientos hostiles depende de numerosos factores que detallaremos más adelante como la adquisición previa de patrones de conducta violenta el desarrollo de respuestas alternativas a la agresión las posibles consecuencias para el agresor y la capacidad de este para anticipar dichas consecuencias. Por tal motivo conviene analizar en forma separada ambas fases de la respuesta. Técnicamente las conductas «violentas» es decir aquellas que suponen agresión física o verbal (insultos críticas ironías amenazas) contra personas u objetos son intencionales y por tanto operantes mientras que la «ira» es una respuesta automática emocional y neurovegetativa. Las dos fases del proceso son complementarias.

2.4 Respuesta Emocional

La respuesta de ira al igual que otras emociones incluye una amplia gama de alteraciones que ocurren en forma integrada respuestas emocionales y afectivas (ira irritación, enojo) neuroendocrinas activación adrenérgica cortico-suprarrenal tiroidea las cuales se traducen a su vez en ajustes cardiovasculares y de otros sistemas motoras (tensión muscular gestualidad hostil) y verbales cambios en el volumen y tono de voz.

Se trata de una respuesta biológica a una variedad de situaciones consideradas por el sujeto como amenazantes peligrosas censurables o frustrantes por ej. injusticias incompetencia

En la misma línea se encuentran las diferencias derivadas del hecho de que desde diversas disciplinas se trabaja en este tema cada especialidad fija la significación de la violencia doméstica según su propio punto de vista utilizando los términos que le son más comunes. Así las terminologías empleadas y las definiciones usadas en derecho psicología sociología y trabajo social varían considerablemente y aportan distintos aspectos al tema de estudio.

De esta manera las definiciones de lo que es violencia doméstica dependen del sujeto en el que se pone el acento. Si en la víctima o en el victimario. Cuando se define violencia doméstica desde la perspectiva de quien la ejerce las definiciones suelen apuntar a la intención o a las acciones de esta persona. Por el contrario cuando se la define desde la óptica de quien resulta afectado por dichos actos las definiciones aluden al impacto o consecuencias de la violencia en las víctimas. Riggs Caulfield & Street (2000).

El concepto de violencia doméstica, tiene una multiplicidad de conceptos que se usan indistintamente de abuso doméstico abuso familiar maltrato doméstico mujer maltratada violencia conyugal violencia de género violencia doméstica violencia familiar entre otras.

Las diversas formas de abordar el fenómeno de la violencia doméstica han dado lugar a diferentes líneas de investigación y consecuentemente a diferentes resultados en la observación de ella. Fincham (2000) Johnson (1995) Riggs Caulfield & Street (2000). Del mismo modo la variedad de términos utilizados en el área ha ocasionado falta de precisión en las comparaciones entre investigaciones ya sean de una misma disciplina o interdisciplinarias y dificultades para llevar a cabo estudios transculturales (American Psychological Association (2002) Walker (1999). Por último el uso que se hace del lenguaje puede tener profundos efectos en la sociedad al dirigir la atención hacia ciertos aspectos de la realidad ignorando otros que pueden ser igualmente necesarios en el desarrollo de políticas sociales e implementación de programas de intervención, Fincham, (2000) Johnson (1995).

Partiremos de la definición que Naciones Unidas (1994) para caracterizar la violencia doméstica, la violencia contra las mujeres en el artículo 1º de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer dice que Todo acto de violencia basado en la

pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico sexual o psicológico para la mujer así como las amenazas de tales actos la coacción o la privación arbitraria de la libertad tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada

Esta definición pertenece a lo que también se conoce como violencia de género no obstante cuando la violencia de género es ejercida por el conyuge o pareja de la víctima usualmente se denomina violencia o maltrato conyugal familiar o doméstico Pero estas denominaciones no aluden exactamente a lo mismo y la diferencia está en el adjetivo que las define

Por conyugal se entiende la violencia o malos tratos en una relación de pareja En un inicio este término solo era aplicable a una relación matrimonial pero hoy en día esta palabra parece limitado y es necesario la utilización de otros o del mismo pero abarcando la extensión de todas las parejas posibles tanto según el nivel de compromiso contraído públicamente como en la orientación sexual de sus miembros es decir relaciones de noviazgo convivencia matrimonio e incluso ex parejas independientemente de que se trate de parejas heterosexuales u homosexuales

Por familiar se entiende el maltrato o violencia que se da entre miembros de una misma familia por lo que se incluye no solo la violencia conyugal sino también la violencia que puede darse entre hermanos el maltrato infantil desde cualquiera de los progenitores a los hijos y el maltrato a ancianos ya sea por familiares o cuidadores

Por último por doméstico se sugiere literalmente al maltrato o violencia que se da entre personas que comparten un domicilio o morada tengan o no relación de parentesco Si bien, al comparar este término con el anterior parece haberse restringido la definición de maltrato esta modificación surge desde el ámbito jurídico como una manera de ampliar la definición que se hacía con el adjetivo familiar al permitir incluir en él todos los casos de violencia entre personas que cohabitan en una morada, sin que tenga que existir una relación de parentesco entre ellos Lanzos (2001) Actualmente cuando se hace referencia a la violencia doméstica entre miembros de una pareja el hecho de que compartan o no domicilio no es determinante

La Union Europea basandose en las recomendaciones de organismos internacionales tales como la Organizacion de Naciones Unidas y el Consejo de Europa, ha elaborado politicas tendientes a solucionar el problema de la violencia contra la mujer y dentro del mismo el de la violencia domestica Asi en el Estudio sobre las Medidas Adoptadas por los Estados Miembros de la Union Europea para Luchar contra la Violencia hacia las Mujeres llevado a cabo durante la Presidencia Española de la Union Europea se presenta una definicion de violencia domestica que pretende aglutinar un gran numero de definiciones en el area De esta manera se define como violencia domestica aquel tipo de violencia ya sea fisica sexual y/o psicologica en este ultimo caso si se produce de forma reiterada ejercida sobre la/el conyuge o la persona que esta o haya estado ligada al agresor por una relacion de afectividad o sobre aquellos miembros de la familia que forman parte del mismo nucleo de convivencia En muchos casos sobre todo en el de la violencia domestica ejercida sobre las mujeres esta tiene lugar porque el agresor esta en una posicion de dominio permanente sobre la mujer Es por ello que se plantea que cualquier definicion de violencia domestica debe contener los siguientes elementos

Ejercicio de violencia física patrimonial sexual y/o psicológica

Practicada por la/el conyuge o ex-conyuge pareja de hecho ex pareja o cualquier otra persona con la que la victima forme o haya formado una union sentimental o por cualquier otro miembro de la unidad familiar o entre cualquiera personas que vivan bajo el mismo techo

El agresor esta en una situacion de dominio permanente en los casos en que la victima es la mujer

Habitualidad en el caso de la violencia psicologica es decir reiteracion de los actos violentos

Si bien esta ultima definicion es bastante completa parece interesante revisar la proposicion que hace el grupo de trabajo en Violencia y Familia de la Asociacion Americana de Psicologia que define el abuso y violencia familiar como La variedad de maltrato físico sexual y emocional que utiliza un miembro de la familia contra otro entendiendose por familia la variedad de relaciones mas alla de las de parentesco o

matrimonio en reconocimiento de que dinámicas similares de abuso pueden ocurrir en esas relaciones American Psychological Association (2002) Del mismo modo este grupo de trabajo define la violencia doméstica como Un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico sexual y psicológico usado por una persona en una relación íntima contra otra, para ganar poder o para mantener el abuso de poder control y autoridad sobre esa persona Walker (1999) y el maltrato como el patrón de abuso físico sexual o psicológico que se da en relaciones íntimas American Psychological Association (2002)

Como puede verse los términos familiar y doméstico pueden usarse indistintamente para hablar de este tema y ninguno de los dos se refiere al sentido literal de la expresión, sino que se asume que abarcan todas las relaciones posibles independientemente de los lazos de parentesco y de la cohabitación Con respecto al uso de los términos violencia maltrato y abuso parece no haber mayores diferencias

3.2 Tipos de Violencia Doméstica

Aunque el objetivo principal de las conductas de violencia doméstica es conseguir el control de las conductas de la víctima se consideran tres grandes categorías dentro de la violencia doméstica –violencia física sexual y psicológica que si bien se interrelacionan constantemente y rara vez se dan de manera aislada Dutton, (1993) es conveniente considerar por separado para realizar una descripción precisa de las conductas a las que se alude al hablar de violencia doméstica

3.2.1 Violencia o Maltrato Físico

Se entiende por maltrato físico cualquier conducta que implique la utilización intencional de algún instrumento o procedimiento para afectar al organismo de otra persona, de modo que encierre riesgo de lesión física enfermedad daño o dolor con independencia de los resultados de dicha conducta Lopez (2002) McAllister (2000) Villavicencio & Sebastian (1999)

Deben considerarse tanto conductas activas por ejemplo abofetear empujar golpear escupir dar puñetazos patadas estrangular utilizar objetos armas o sustancias químicas

con el fin de causar una lesión etc como conductas pasivas entre ellas la privación de cuidados médicos durante una enfermedad o lesión (incluidas las lesiones causadas por los malos tratos) o el no aviso intencionado de situaciones de evidente riesgo físico (fallo en los frenos del coche escape de gas etc)

El maltrato físico es el tipo de maltrato más evidente y el que es más fácil de identificar por eso suele ser al que se da más importancia tanto en el ámbito personal como en el social. No obstante suele verse precedido por el maltrato psicológico O Leary (1999)

3.2.2 Violencia o Maltrato Sexual

Se entiende por maltrato sexual cualquier intimidad sexual forzada ya sea por amenazas intimidación coacción o por llevarse a cabo en estado de inconsciencia o indefensión. Incluye todo tipo de conducta de carácter sexual no limitándose a la penetración vaginal o anal (Dutton, (1993) Lopez (2002) McAllister (2000) Villavicencio & Sebastian, (1999)

Aunque esta categoría en realidad es un tipo de maltrato físico se suele considerar de forma diferenciada por tener connotaciones muy particulares. Por una parte por la mayor intimidad asumida para este tipo de comportamientos y por otra porque aun muchas personas consideran que es un deber u obligación realizar conductas sexuales en una relación de pareja por lo que es poco frecuente que las víctimas estimen que han padecido maltrato sexual incluso cuando han sido violentamente exigidas por parte de su pareja

3.2.3 Violencia o Maltrato Psicológico

Se entiende por maltrato psicológico cualquier conducta física o verbal activa o pasiva que atenta contra la integridad emocional de la víctima en un intento de producir en ella intimidación desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento Lopez (2002) Mc Allister (2000) Villavicencio & Sebastian (1999)

Humillaciones descalificaciones o ridiculizaciones tanto en público como en privado aislamiento social y económico amenazas de maltrato a ella o a sus seres queridos destrucción o daño a propiedades valoradas por la víctima (objetos o animales) amenazas

repetidas de divorcio o abandono, etc., son ejemplos de este tipo de maltrato. También lo son la negación de la violencia y la atribución de responsabilidad absoluta a la víctima en los episodios de maltrato.

Este tipo de violencia es más difícil de identificar y evaluar, Mc Allister, (2000); Walker, (1979); por lo que se sugiere que su severidad sea estimada en función, tanto de la frecuencia con la que se da, como del impacto subjetivo que supone para la víctima Walker, (1979); no obstante, se han desarrollado múltiples instrumentos para medirla y existen diversos estudios que demuestran que sus consecuencias son al menos tan perniciosas como las del maltrato físico, O'Leary, (1999).

En ocasiones se ha considerado como categorías distintas el maltrato económico o financiero, que alude al control absoluto de los recursos económicos de la víctima; el maltrato estructural, que se refiere a diferencias y relaciones de poder que generan y legitiman la desigualdad; el maltrato espiritual, que alude a la destrucción de las creencias culturales o religiosas de la víctima, o a obligarla a que acepte un sistema de creencias determinado, Instituto de la Mujer, (2000); y el maltrato social, que se refiere al aislamiento de la víctima, privación de sus relaciones sociales y humillación en éstas, Instituto Vasco de la Mujer, (2002); Sin embargo, se prefiere considerar estos tipos de maltrato, como sub categorías del maltrato psicológico, ya que apuntan al control de la mujer a través de la creación de un fuerte sentimiento de desvalorización e indefensión.

3.3 Mitos de la Violencia Doméstica

Hay muchos conceptos erróneos, pero más que eso es la mala interpretación o ideas erradas sobre el tema de violencia doméstica, y que se han convertido en verdaderos mitos acerca de ésta. Desdichadamente, lo que se maneja en la opinión pública que tiende a minimizar el problema, o bien trata de justificar su presencia, con frecuencia podemos escuchar frases tales como: “medió una provocación, algo habrá hecho la víctima para que el agresor actúe así” o “en pelea de marido y mujer nadie se debe meter”.

- **Los casos de violencia domestica son escasos, mas bien se trata de situaciones aisladas**

Esto queda desmentido al observar la prevalencia de casos de violencia domestica basta decir que una de cada tres mujeres en el mundo ha padecido malos tratos o abusos

- **Los hombres maltratados por las mujeres constituyen un problema tan grave como el de las mujeres que sufren violencia domestica**

El 95% de los adultos maltratados denunciados son mujeres Echeburua & Corral (1998)

- **La violencia domestica es un problema de las clases sociales bajas**

Tal vez sea mas visible y publica en los estratos mas bajos Las clases altas en cambio tienen acceso a la atencion privada de medicos abogados y psicologos lo que les permite ocultar el problema Walker (1979) Por otro lado la mayoria de las investigaciones en estos temas son realizadas en estos sectores mas pobres por ser de mas facilmente acceso

- **Las personas educadas y cultas no son violentas**

Sufrir maltrato no es prueba de tener menor educacion asi como tampoco lo es el hecho de ser agresivo La educacion formal y la violencia domestica no son incompatibles Es la educacion informal familiar y social la que sienta las bases para la desvalorizacion y la violencia

- **La violencia domestica es producto de algun tipo de enfermedad mental**

Algunos estudios que se han realizado muestran que menos del 10% de los casos de malos tratos son ocasionados por trastornos psicopatologicos de alguno de los miembros de la pareja Caso contrario es a la inversa quienes quedan afectados con el desarrollo de trastornos psicopatologicos como los trastornos de ansiedad o la depresion Corsi (1994) son las personas sometidas a la violencia de una manera constante

3 4 El maltrato hacia adolescentes

Nos referimos a las distintas formas de relacion abusiva que caracteriza de modo permanente o ciclico el vinculo intrafamiliar

El termino violencia familiar alude a todas las formas de violencia que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia Se denomina relacion de abuso a aquella forma de interaccion que enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder incluye conductas de una de las partes que por accion u omision ocasionan daño fisico y/o psicologico a otro miembro de la relacion, Corsi (2000)

Es entonces la familia que hace justo lo contrario a lo que esta llamada a ser fuente de calor afecto y seguridad pasa a ser el lugar mas que propicio para el surgimiento de situaciones de violencia en su interior Huerta, (2014) encontro que la violencia entre los progenitores que tienen como testigos permanentes a los niños y adolescentes es mas un problema relacional que un problema estructural Es importante dejar claro que para definir una situacion familiar como un caso de violencia intrafamiliar la relacion de abuso debe ser cronica permanente o periodica Es mas comun de lo que imaginamos ya muchos adolescentes sufren las secuelas de la violencia intrafamiliar y con la voz callada del entorno social Son miles adolescentes las victimas cotidianas de la violencia familiar en todas sus modalidades psicologica fisica y sexual victimas que en su gran mayoria sufren en silencio la crueldad de sus padres y familiares y que probablemente ya han aprendido y naturalizado tanto la violencia que se les hace imposible visualizar la violencia vivida y la experimentan como algo natural

Cuando la violencia ha sido cronica y extrema las consecuencias se empiezan a manifestar en las aulas escolares ya sea con conductas de aislamiento agresion hacia sus compañeros (bullying) maestros o a veces se detecta como bajo rendimiento escolar o fracaso escolar Muro (2009)

Para un niño o adolescente el maltrato recibido de sus padres o cuidadores constituye un tipo de violencia directa mientras que ser testigo de la violencia entre sus padres conforma un tipo de violencia indirecta y que tiene secuelas importantes entre ellas apartarse

emocionalmente de su familia o sus amigos volverse agresivos o enojados sentirse deprimidos o deprimidas involucrarse en conductas de riesgo

3.5 El Adolescente y la Violencia

Hemos visto hasta aquí que son muchos los orígenes de la violencia. La agresividad es multi causal. Para comprender al adolescente violento hay que tener en cuenta el área cognitiva, emocional, conductual y social.

La adolescencia comienza con una forma de violencia producida por la naturaleza de las crisis vitales. Nos referimos a los cambios físicos de la pubertad que también se dan profundos cambios psicológicos. En definitiva, una etapa de incertidumbre a la espera de alcanzar la identidad.

Así, la conducta violenta es una defensa ante amenazas externas e internas a un yo frágil en peligro de ser destruido.

Las características clínicas del adolescente violento. La respuesta ante los estímulos que nos rodean depende de la percepción de las situaciones.

El adolescente agresivo se ve a sí mismo en un mundo amenazante. Sus experiencias dolorosas (abuso, abandono) le han enseñado que el entorno es hostil.

Hay rigidez en el pensamiento, incapacidad para lo abstracto y fantasías focalizadas sobre la violencia.

La emoción fundamental es la desconfianza y la defensa una imagen que inspira temor. Sus rasgos fundamentales son: Baja empatía, excesiva desconfianza, tendencia a justificar la violencia, hipersensibilidad a la proximidad física. Es la licencia que necesita para ser violento en relación con un modelo parental, índice bajo de tolerancia a la frustración.

Es probable que las características individuales influyan en el desarrollo de la conducta antisocial, especialmente la hiperactividad, una deficiencia cognitiva en las capacidades verbales y planificadoras, rasgos de temperamento como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, la falta de control, un estilo distorsionado en el procesamiento de la información social que hace que se perciba de forma equivocada intenciones negativas en la conducta de los demás.

No podemos dejar de lado las características ambientales indicaremos algunas tales como Las paternidades adolescentes las familias grandes los hogares deshechos la pobreza la falta de límites o de supervisión entre otras influyen negativamente mas por las situaciones de discordia depresivas o conflictivas que generan que por la situación en si misma

La crianza en el factor crítico de riesgo la hostilidad el maltrato la falta de atención tienen un efecto importante sobre los vínculos y sobre el proceso de aprendizaje

El padre esta ausente o fuertemente desvalorizado No aparece en ningún caso como representante de la autoridad ni de la ley La madre es una figura ambivalente pasa de la sumisión a la agresividad del afecto a la indiferencia de la rigidez moral a la complicidad

4 LA ADOLESCENCIA

Es un periodo en el desarrollo biológico psicológico sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad Es un periodo trascendental entre la pubertad y la edad adulta su rango de duración varia según las diferentes fuentes y opiniones medicas científicas y psicológicas generalmente se enmarca su inicio entre los 10 y 12 años y su finalización a los 19 o 21

La Organización Mundial de la Salud consideraba la adolescencia como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años comprendida dentro del periodo de la juventud

Esta es una de las fases de la vida mas importantes Ya que el cuerpo humano atraviesa grandes cambios los mas pronunciados despues de los dos primeros años de vida que llevan a la aparición de los rasgos de la adultez tanto física como mentalmente Sin embargo la preocupación por este grupo etario según OMS (2014) en su informe salud para los adolescentes del mundo nos dice que Aunque son muchas las causas de mortalidad comunes entre chicos y chicas se puede decir que la violencia es un problema característico de los chicos y la maternidad de las chicas

4.1 Las distintas fases de la adolescencia:

4.1.1 Pre-adolescencia

La pre-adolescencia va de los 8 a los 11 años, y consiste en la etapa en la que se produce la transición entre la infancia y la adolescencia.

a) Cambios físicos

Los cambios físicos que se dan en esta etapa son notables y afectan a muchas partes del cuerpo. Por ejemplo, es en este punto cuando los huesos empiezan a crecer de forma rápida y de manera desigual, lo cual puede hacer que cueste un poco más coordinar los movimientos, aparece una sensación de torpeza, y que aparezcan ligeras molestias en algunas articulaciones, es por ello, lo de la frase “crecer duele”.

b) Cambios psicológicos

En esta etapa de la adolescencia se producen grandes progresos en la capacidad para pensar en términos abstractos. Es por eso, que se es más capaz de reflexionar sobre situaciones hipotéticas o sobre operaciones lógicas y matemáticas.

4.1.2. Adolescencia temprana

La adolescencia temprana ocurre entre los 11 y los 15 años, en ella se dan los cambios repentinos de tipo hormonal, hasta el punto en el

que al terminar esta fase el cuerpo es muy diferente, está casi desarrollado.

a) Cambios físicos

La adolescencia temprana es la fase en la que se producen los cambios en la voz, desarrollo muscular y de los órganos sexuales hasta tener una apariencia adulta.

Hay otras manifestaciones, tales como el acné en la cara principalmente, debido a un aumento de segregación de sustancia grasa en la piel, dado al aumento de varias hormonas.

b) Cambios psicológicos

En este periodo de la adolescencia temprana, se logra alcanzar toda capacidad para pensar en términos abstractos.

El aspecto social, cobra gran importancia, con sus pares y fuera de la familia, es la hora de hacer amigos, lo que le ayuda a tener referentes que le ayudan a construir la autoestima y su autoconcepto. Se piensa que la imagen y la estética es un componente primordial de la propia identidad y bienestar.

4.1.3 Adolescencia tardía

Esta es la tercera y última de las etapas de la adolescencia, y ocurre aproximadamente entre los 15 y los 19 años, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud.

a) Cambios físicos

Los jóvenes que se encuentran en esta fase, suelen mostrar más uniformidad en sus características, que las que se encuentran en la adolescencia temprana, ya que la mayoría ha pasado por los cambios más notorios.

Durante esta fase, se alcanza la altura máxima, que se tendrá el sujeto y la complexión física pasa a ser igual a la adulta. Por su parte, las desproporciones que se dieron en la primera fase, desaparecen dando un aspecto mucho más cohesionado a las dimensiones de brazos, piernas y demás partes del cuerpo. También se gana masa muscular y la propensión a acumular grasas se mantiene más o menos estable o incluso se reduce un poco.

b) Cambios psicológicos

En esta etapa termina de desarrollarse la conciencia social y se empieza a dedicar mucho tiempo a pensar en situaciones y procesos que no están limitados a lo que se puede ver, oír y tocar en el entorno inmediato. Es una renuncia al egocentrismo típico de las etapas anteriores, si bien no desaparece del todo.

Los planes a largo plazo pasan a ocupar un papel más importante que antes, y la imagen que se ofrece, aunque sigue siendo importante, empieza a dejar de ser uno de los principales cimientos de la propia identidad. Se abandona buena parte del egocentrismo que definía la infancia y el resto de etapas de la adolescencia, es por ello, que se despierta el interés por la política y los procesos sociales en general, pues sus objetivos pasan a estar más relacionados con aquello que está más allá de sus círculos sociales.

5. HOGAR DE LA DIVINA GRACIA

5.1. Antecedentes:

El Hogar de la Divina Gracia se presenta como una alternativa, ante la necesidad existente en nuestro país, de ofrecer un servicio adecuado para tratar a las adolescentes víctimas de violencia doméstica, abusos físicos, sexuales y emocionales, o abuso por negligencia, de encontrar un lugar seguro donde se les trate como víctimas, ya que ante la carencia de centros para este fin, son recluidas en los centros de rehabilitación de adolescentes infractores y recibían el mismo trato. No existía ninguna diferenciación en el trato a las adolescentes infractoras, como a las que llegaban por “protección” siendo víctimas, que llegan a estos Centros y eran igualmente maltratadas por el sistema. Aquellas que deben ser protegidas de sus agresores, se les agredía y se les privaba de su libertad, siendo tratadas como si fueran delincuentes. Esta situación generaba en las víctimas frustraciones, manifestaban sentimientos de ira y deseos de venganza contra quienes las maltrataban; tanto fuera como dentro de la institución. Ellas no lograban comprender por qué siendo víctimas era necesario encerrarlas, mientras que sus agresores permanecían libres.

Es así como las Religiosas de la Comunicación Social se interesan en la creación de un lugar, cuyo programa beneficiara a las adolescentes que necesitaran este servicio.

El Hogar abre sus puertas oficialmente el 16 de julio de 2005 en el corregimiento de Lídice, Capiro en una casa facilitada por MINJUNFA.

Las dos primeras adolescentes que ingresaron al Hogar, procedían de un Centro de Custodia en Chiriquí.

Para el funcionamiento oficial del Hogar de la Divina Gracia (Programa Integral de Atención de las Adolescentes (PIAA-HDG), fueron facultadas las Religiosas de la Comunicación Social, mediante la Resolución #139 del 20 de abril de 2005 del Ministerio de la Juventud, la Niñez, la Mujer y la Familia, actualmente MIDES.

En Lídice, fue la primera ubicación del Hogar, el cual no reunía las condiciones necesarias para su buen funcionamiento. Era un lugar inseguro para las víctimas, proliferaban cantinas

en el área, ventas de drogas, estaba en una calle transitada y las víctimas eran acosados por los transeúntes, carencia de agua potable y deficiencia de los servicio de desagüe,

Por lo tanto, las Religiosas, en febrero del 2007, cambiaron las instalaciones del Hogar a la capital del país, en Chanis lo que significó un cambio positivo en las vidas de las adolescentes.

En diciembre de 2008, las Religiosas de la Comunicación Social, adquieren dos nuevas viviendas para el Hogar en la provincia de Panamá, distrito de Arraiján.

En el Hogar se les enseña a conocerse, valorarse, darse cuenta que tienen una oportunidad para superar sus dificultades, orientándolas hacia una vida pro activa, con una nueva perspectiva de vida. Se les ofrece apoyo y protección

Se les ofrecer el tratamiento adecuado, a fin de evitar que estas jóvenes terminan en las calles, para el comercio sexual o formando parte de bandas o pandillas, buscando un refugio a sus sufrimientos y sentido de pertenencia.

5.2. Objetivo General

Lograr la sanación interior, de las jóvenes víctimas de maltrato o violencia intrafamiliar, a fin de dignificarlas e integrarlas a la sociedad.

5.3 Objetivos Específicos

- Disminuir la posibilidad del riesgo de convertirse en adolescentes infractoras.
- Reducir el riesgo de embarazo de las adolescentes y formar conciencia de maternidad responsable.
- Prevenir el contagio de las enfermedades de transmisión sexual.
- Propiciar entre las jóvenes una cultura nutricional saludable.
- Promover la práctica del deporte en las jóvenes del Hogar.

- Capacitarlas como, Técnicos Medios, en profesiones tales como: Corte y costura, belleza, agricultura e informática.
- Participar en las terapias psico-espirituales de sanación interior para alcanzar el perdón para sí mismas y para los demás, superando los traumas vividos.

5.4 Motivos por los cuales ingresan las adolescentes al Hogar

- Víctimas de maltrato físico y/o psicológico
- Víctimas abuso sexual por parte de personas cercanas, bien sea padre, padrastro, o familiares.
- Situación de violencia doméstica en el hogar
- Padres de familia o familiares de una menor maltratada, amenazada o en situación de riesgo social, solicita el albergue para estas adolescentes.
- Riesgo Potencial de la adolescente.
- Albergue temporal para aquellas adolescentes que necesitan ser reubicadas en otras instituciones.

5.5 Perfil para el ingreso de las adolescentes al Hogar

- Sexo femenino, con una edad comprendida entre los 13 y los 17 años.
- Haber sufrido algún tipo de maltrato
 - Psicológico
 - Físico
 - Sexual
- Deseo de ingresar voluntariamente
- Sin problemas de adicción a drogas
- Sin problemas graves de aprendizaje que les impida realizar retrospectión y comprender las indicaciones dadas
- Que deseen realizar un cambio en sus vidas

Son remitidas del Ministerio de Desarrollo Social, SENIEAF, Juzgado de Adolescencia y Voluntariamente.

El Hogar de la Divina Gracia, recibe subsidio económico del MIDES y diferentes instituciones especializadas ofrecen su apoyo a esta obra, como la Iglesia Católica les brinda la asistencia y acompañamiento espiritual, el Hospital del Niño, el Santo Tomás y los Centros de salud, para garantizar los servicios médicos requeridos y varios comercios con ciertas donaciones.

5.6 Metas

- Reintegrar a la sociedad, a las adolescentes víctimas de maltrato intrafamiliar, llevándolas a un encuentro personal con Jesús, que les permita superar complejos y traumas.
- Presentar la grandeza de Jesucristo a las adolescentes que lleguen al hogar por un tiempo determinado, mientras son ubicadas en hogares permanentes.
- Brindar la posibilidad de un estilo de vida diferente, y con la ayuda de Dios, evitar en la medida de las posibilidades, la desmotivación.
- Implementar programas espirituales y psicológicos que las ayuden a elevar su autoestima
- Capacitarlas en un oficio que les permita ganarse la vida honradamente.
- Proporcionar actividades de esparcimiento y recreación, que les permita potenciar su desarrollo físico-cultural, y elevar la confianza en sí mismas.
- Ofrecer a las adolescentes actividades culturales en las que puedan apreciar el arte, la belleza natural y la cultura.

5.7 Centros de Custodia gubernamentales similares.

- Fundación Creo en Milagros (Metro Amigo), Panamá
- Centro de Rehabilitación de menores Aurelio Granados, David – Chiriquí
- Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró, Dolega - Chiriquí
- Casa Hogar Selma y Herbert Triskir, Boquete - Chiriquí

- Centro Basilio Lakas, Colón

La diferencia es que en el Hogar de la Divina Gracia, las adolescentes reciben ayuda de sanación espiritual, a fin que reciban el amor de Dios en sus vidas.

Fuente: Información recopilada en el Hogar de la Divina Gracia, (2017)

ORGANIGRAMA DEL HOGAR DIVINA GRACIA

Dirección del
Hogar

Directora

1

Administración

General

1

De Recursos

1

Apoyo

Psicológico

3

Espiritual

6

Supervisoras

4

CAPITULO II

ASPECTOS METODOLOGICOS

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Es la violencia doméstica un obstáculo, en la actualidad para el desarrollo sano de nuestras familias? La violencia familiar es un problema psicosocial, cuya magnitud y frecuencia en Panamá es difícil de precisar, a pesar de que existe el Centro de Recepción de Denuncias del Ministerio Público y el Centro Nacional de Estadísticas, no obstante, no todos los casos son denunciados, ya que aún sigue siendo considerada como un asunto privado, del cual nadie debe enterarse, por producirse al interior de la familia. Es por ello, que hay un viejo adagio que reza así: “*en peleas de marido y mujer, nadie se debe meter...*” sin embargo, ya esto está en proceso de cambios, por fortuna, pero que precede a otra suposición y es que la familia era y debería ser un medio cálido, afectivo y tranquilo.

La familia puede disminuir o reforzar la interacción agresiva, sin embargo, el mito a través de las interacciones de sus miembros, va a anular la posibilidad del uso de conductas alternativas a la violencia, produciéndose interacciones recursivas que se auto perpetúan y se refuerzan. La familia como proveedora de modelos y de aprendizaje social, pasa a ocupar un lugar preferencial en cualquier estudio o intervención en la violencia intrafamiliar.

De acuerdo al Centro de Estadística del Ministerio de Público para el año 2015 en el periodo comprendido desde el 1° de Enero al 31 de Diciembre, el total de 23,397 Casos de Violencia Intrafamiliar, destacándose el maltrato de cualquier forma a las mujeres en su gran mayoría. Además del maltrato directo a niños, niñas y adolescentes con 2,721. Para una población que aún no alcanza los cuatro millones de personas es una proporción muy alta, sin estimar los daños indirectos causados por este flagelo.

Sin lugar a dudas, este problema tiene consecuencias en el nivel que se presente, sin embargo, es por lo que existen centros de apoyo a las víctimas de la violencia doméstica.

Para el caso hemos escogido el Hogar de la Divina Gracia, que tiene como objetivo la integración a la sociedad de las adolescentes víctimas de este flagelo y que intenta brindarle una formación cristiana, motivarlos hacia un desarrollo pleno, a través de diversos programas, entre ellos incluido programas de corte psicológicos. No obstante,

consideramos que dentro de este proyecto se necesita una intervención eficaz, acorde con las necesidades que presenta esta población, razón por la cual decidimos realizar este estudio, con el fin de contribuir al logro de una recuperación de estas adolescentes víctimas de Violencia doméstica

Por lo tanto; mi problema de investigación, es el siguiente: ¿El programa de intervención terapéutica cognitiva conductual podrá disminuir los niveles de hostilidad, luego del tratamiento con las adolescentes del Hogar de la Divina Gracia, entre 13 y 17 años, en víctimas de violencia doméstica?

2. Objetivo General:

Desarrollar un programa de intervención basado en la terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento en adolescentes víctimas de violencia, que presenten hostilidad de entre trece y diecisiete años.

3. Objetivos Específicos:

- Aplicar un programa de intervención terapéutica, basado en el modelo cognitivo conductual en las adolescentes víctimas de violencia que presenten hostilidad.
- Demostrar la eficacia del modelo terapéutico cognitivo conductual, en 14 sesiones, en adolescentes víctimas de violencia del Hogar de la Divina Gracia que presenten hostilidad.
- Disminuir la hostilidad en las víctimas de violencia doméstica, según nuestro instrumento de medición: cuestionario de 90 síntomas y 16 Factores de Personalidad para adolescentes (16PF-APQ).

4. Hipótesis:

4.1 Hipótesis Estadística:

Ho: El Programa de intervención terapéutica cognitiva conductual, no logrará disminuir la hostilidad de las adolescentes víctimas de violencia doméstica del Hogar de la Divina Gracia.

Hi: El Programa de intervención terapéutica cognitiva conductual, logrará disminuir la hostilidad de las adolescentes víctimas de violencia doméstica del Hogar de la Divina Gracia.

5. Variables:

5.1 Variable Independiente:

El Programa de intervención terapéutica cognitiva conductual

5.2 Variable Dependiente:

Niveles de Hostilidad

6. Definición de las Variables:

6.1 Definición conceptual de la variable independiente:

Terapia Cognitiva Conductual: Esta terapia se basa a su vez en una tradición previa que parte de la filosofía griega. Epicteto, filósofo griego estoico, defendía que "las personas no se afectan por los acontecimientos, sino por la opinión que se hace de estos". Los filósofos estoicos (350 A.C al 180 A.C.) se interesaban en manejar los estados emocionales extremos, que ellos llamaban "pasiones" de cara a llevar una vida más adecuada y libre de trastornos.

La terapia cognitiva deriva de los descubrimientos del psiquiatra americano Beck, (1967); sobre que los trastornos psicológicos provienen en gran parte (aunque no exclusivamente) de maneras erróneas de pensar o interpretar los acontecimientos que vive una persona. Estos pensamientos e interpretaciones se convierten en formas estereotipadas y rígidas de valorar los acontecimientos, la propia conducta y a sí mismo.

6.2 Definición operacional de la variable independiente:

Terapia Cognitivo Conductual: 14 sesiones basadas en el debate Socrático: Universal, lógico y empírico.

Se realizarán 14 sesiones, de 90 minutos, dos veces por semana, los días lunes y viernes de cada semana, el número de participantes dependerá de la cantidad de adolescentes entre 13 años y 17 años, víctimas de violencia doméstica que se encuentren en el Hogar de la Divina Gracia.

6.3 Definición Conceptual de la Variable Dependiente:

Síntoma de hostilidad: La hostilidad, denota un conjunto de “actitudes” negativas complejas, que motivan, en última instancia, conductas agresivas dirigidas a una meta, normalmente la destrucción o el daño físico de objetos o personas Spielberger, (1985).

6.4 Definición Operacional de la Variable Dependiente:

Hostilidad: Mediremos la hostilidad de acuerdo a los resultados arrojados por el cuestionario SCL-90-R de Leonard R. Derogatis Ph. D, 16 PF-APQ.

7. Diseño de Investigación:

Cuasi-experimental, de un sólo grupo con pre prueba y post prueba; en este diseño un grupo es comparado consigo y no existe aleatoriedad en la selección de la muestra.

Se aplicará el pre test, luego se realizarán las sesiones, según el Programa de intervención terapéutica corte de la Terapia Cognitiva Conductual y posteriormente, se aplicará el post-test al final del tratamiento.

8. Muestra: No probabilística, porque no es aleatoria, es de tipo intencional.

8.1 Delimitación de la población:

Sujetos del sexo femenino del Hogar de la Divina Gracia de Arraiján, entre 13 a 17 años, que tengan un año o menos en el Hogar y que presenten Hostilidad.

8.2 Criterios de inclusión:

- Que cumplan con la definición de hostilidad, según nuestros instrumentos.
- Edad entre 13 y 17 años.
- Recluidas en el hogar por menos de un año.
- Sepan leer y escribir.
- Que participen voluntariamente de la terapia.
- Que no padezcan de algún diagnóstico de salud mental.

8.3 Criterios de exclusión:

- Que no cumplan con la definición de hostilidad, según nuestros instrumentos.
- Que sean menores de 13 años y mayores de 17 años.
- Recluidas en el hogar por más de un año.
- Que no sepan leer y escribir.
- Que no participen voluntariamente de la terapia.
- Que padezcan de algún diagnóstico de salud mental.

8.4 Criterio de eliminación :

- Que no sean miembros del Hogar.
- Que lleguen tarde a dos sesiones.
- Que falten a dos sesiones.
- Que expresen su voluntad de salir de la terapia.
- Que no asistan a un mínimo de 12 sesiones.

9. Selección de las unidades de Análisis

9.1 Instrumentos:

Se eligieron las dos pruebas psicológicas más utilizadas en Panamá, para medir los rasgos de personalidad que denoten Hostilidad, estas pruebas son pruebas no proyectivas, que con los resultados cuantificables, nos permitieron una mejor evaluación, comparación y medición de los test antes y después.

El 90 síntomas: Es una prueba que consta de 90 ítems que arroja la escala de malestar o patología en situaciones clínicas ordinarias de la persona, y el 16 PF-APQ: Es una prueba de fácil utilización, escrita con claridad, donde se miden 16 factores de personalidad, donde reflejan problemas corrientes de la persona y sus tendencias prácticas.

9.2 Procedimientos:

9.2.1 Luego de hacer un análisis de diferentes instituciones que atienden jóvenes en riesgo social, encontré que ésta cumplía con los requerimientos que yo buscaba.

9.2.2 En las características de las adolescentes reclusas en el hogar, quienes presentaban necesidades de intervención psicológica, estaba la hostilidad como denominador común entre ellas, tema que me interesaba trabajar.

9.2.3 A partir del mes de junio del presente año, inicié la investigación con la aplicación de los instrumentos, me impactó conocer la historia clínica de estas adolescentes, ya que cada una presenta su historia difícil de violencia física, sexual y psicológica; también el trabajo que hace este Hogar, que es un centro sin fines de lucro, con bajo presupuesto, lleva a cabo una loable labor, en este contexto creo que la psicología también puede aportar su granito de arena, a estas adolescentes.

9.2.4 Realizamos evaluaciones antes, a fin de medir los rasgos de personalidad que nos permitieron medir los niveles de hostilidad.

9 2 5 El programa de intervencion terapeutica de Terapia Cognitivo Conductual consistio en 14 sesiones individuales para cada una de las adolescentes durante dos meses

9 2 6 Realizamos evaluaciones despues a fin de realizar las comparaciones y conocer que tan efectiva fue nuestra intervencion psicologica en lograr cambios en los rasgos de personalidad relacionados a la hostilidad

9 3 Recoleccion de Datos

Aplique las pruebas 16 PF APQ y 90 sintomas de donde se obtuvieron los datos

Los datos se convirtieron al programa estadistico SPSS version 20 por medio del cual realizamos el analisis de nuestra investigacion

9 4 Modelo Estadistico

9 4 1 Para los analisis de las estadisticas descriptivas especificamente las medidas de tendencia central se utilizaron la media y la mediana para hacer las comparaciones intergrupo y asi establecer las diferencias entre ellos Estas comparaciones se representaran mediante cuadros y graficos

9 4 2 La Prueba a utilizar es una prueba no parametrica ya que la distribucion subyacente de los datos no se ajusta a los criterios parametricos en este caso por tener una muestra muy pequena de solo 6 sujetos

9 4 3 Para probar las hipotesis se utilizo la prueba de los rangos con signos de Wilcoxon en la cual trabajamos con un nivel de significancia estadistica de 05 o 5% en dicha prueba si el nivel de significancia bilateral calculado por el programa SPSS es menor que nuestro nivel de significancia de 5% rechazamos la Hipotesis Nula lo que probaria nuestra hipotesis

9 4 4 Las pruebas utilizadas para medir los rasgos de personalidad en especial la hostilidad aplicamos las pruebas de 90 Sintomas y 16 PF las cuales son pruebas que cuentan con

validez y confiabilidad, ya normalizadas, por lo cual no tuvimos que aplicar pruebas para determinar la confiabilidad.

9.4.5 De la prueba 90 síntomas la cual consta de 9 factores, solo vamos a utilizar 3 factores que son hostilidad, ansiedad y obsesión compulsión.

9.4.6 En la prueba 16 PF – APQ la cual está compuesta por 16 factores utilizamos los factores de esta prueba, asociados a personalidad hostil los cuales son: Dominancia, impulsividad, atrevimiento, sensibilidad y rebeldía. Para cada uno de estos factores se aplicó la prueba de los rangos de Wilcoxon.

CAPITULO III

RESULTADOS Y ANÁLISIS

1. Características Generales de la Muestra:

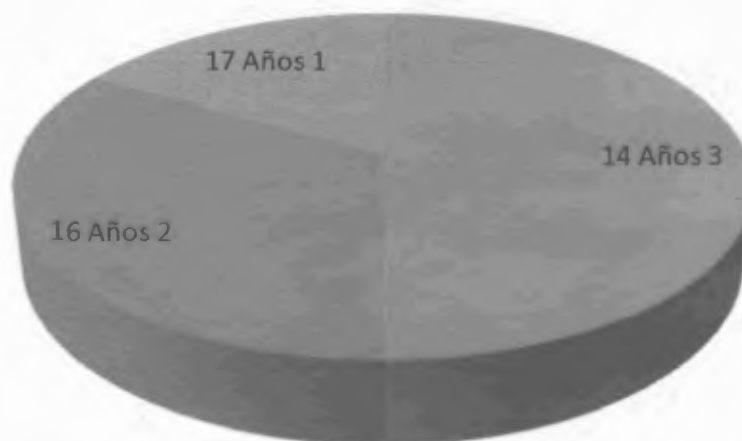
En el Cuadro y Gráfico N°1 describiremos a la muestra en términos de edad. El programa de intervención ejecutado para efectos de esta investigación fue diseñado para personas recluidas en el Hogar de la Divina Gracia en edades entre 13 y 17 años.

Cuadro No. 1
Distribución de la Muestra por Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje %
14	3	50
16	2	33
17	1	17
Total	6	100

**Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que
presentan hostilidad en adolescentes. 2017.**

Gráfica No. 1
Distribución de la Muestra por Edad
Edad



**Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que
presentan hostilidad en adolescentes. 2017.**

En el Gráfico N° 1 se puede observar que el 50 % de la muestra de esta investigación tiene 14 años; es decir, que tres personas de las seis se encuentran en esta edad. Las personas que tienen 16 años son dos, lo que representa un 33% de la muestra y por último una persona tiene 17 años, que representa el 17% de la muestra.

Los siguientes datos que presentamos en el Cuadro 2 y Gráfica No. 2 son los correspondientes al nivel de escolaridad de los sujetos de la muestra, debido a que las participantes son menores de edad encontramos que el nivel educativo se encuentra dentro de secundaria.

Cuadro No. 2
Distribución de la Muestra por Nivel Educativo

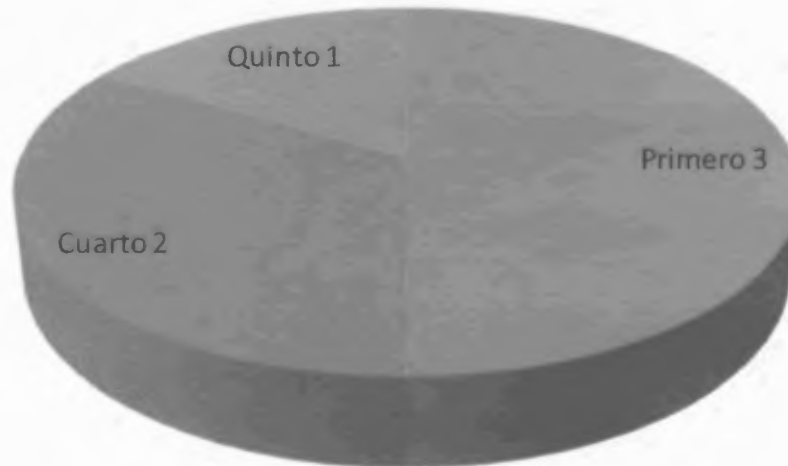
Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje %
Primer año	3	50
Cuarto año	2	33
Quinto año	1	17
TOTAL	6	100

Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que
 presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

Gráfica No. 2

Distribución de la Muestra por Nivel Educativo

Escolaridad (secundaria)



Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

En lo referente al nivel educativo de las participantes de la muestra, encontramos que tres de ellas están cursando el primer año de secundaria, es decir, que el 50% de la muestra cuenta con siete años de estudio; del mismo modo dos de ellas están cursando el 4to año de secundaria, o sea el 33% de la muestra, cuentan 10 años de estudio y un sujeto el 17 % de la muestra, cuenta con 11 años de estudio.

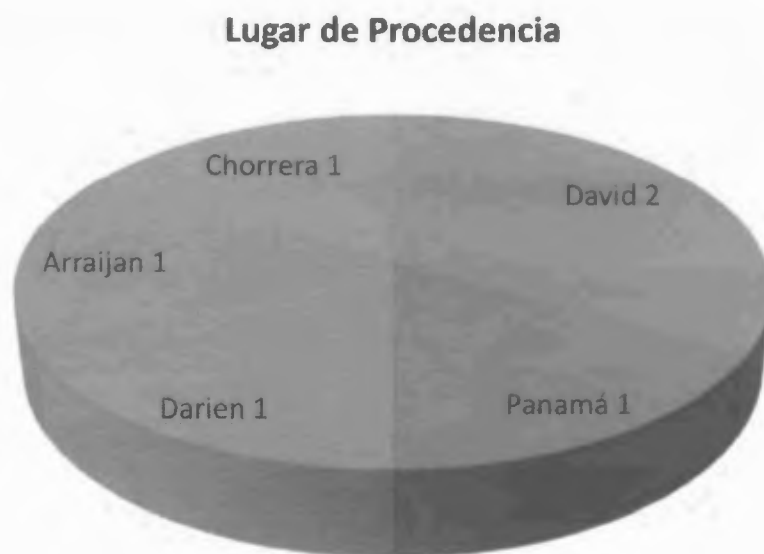
En el cuadro N° 3 y gráfica No.3 describiremos a la muestra por lugar de procedencia, nos parece un punto importante a analizar, ya que nos indica cómo está la situación de dificultades adolescentes en riesgo social en nuestro país, que esto no es un problema exclusivo de la metrópolis.

Cuadro No 3
Distribucion de la Muestra segun lugar de procedencia

Sexo	Frecuencia	Porcentaje %
Chiriqui	2	33
Darien	1	17
Panama	1	17
Arraijan	1	17
Chorrera	1	17
TOTAL	6	100

**Fuente Eficacia de la T C C en victima de violencia doméstica que
presentan hostilidad en adolescentes 2017**

Gráfico No. 3
Distribución de la Muestra según lugar de procedencia



**Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que
 presentan hostilidad en adolescentes. 2017.**

Observamos que en la composición de la muestra tenemos sujetos de Darién, Chiriquí, Panamá Oeste y Panamá Metro lo que indica que nos enfrentemos a una problemática que no excluye al interior de la República.

Por último en el Cuadro N° 4 y Gráfico No. 4 describiremos a la muestra según el tiempo que tienen recluidas en el hogar.

Cuadro No. 4
Distribución de la Muestra según meses en el hogar

Meses en el hogar	Frecuencia	Porcentaje %
Dos	2	33
Cinco	2	33
Ocho	1	17
Once	1	17
Total	6	100

Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que
 presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

Gráfico No. 4
Distribución de la muestra según tiempo en el hogar



**Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que
 presentan hostilidad en adolescentes. 2017.**

Las jóvenes ingresan al hogar dependiendo de situaciones diferentes en cada caso, en su mayoría son remitidas por la autoridad competente, algunas por familiares o voluntariamente, buscando mejorar su vida y no perderse en las calles. En los casos de las adolescentes remitidas por los Juzgados, hasta que encuentren un hogar sustituto, algún familiar se responsabilice o a quien se les pueda otorgar su custodia, o que las devuelvan a su casa, tratando de garantizarles su bienestar y su integridad física o que cumplan la mayoría de edad.

2. Diseño Estadístico

2.1. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Para probar las hipótesis que nos hemos planteado en esta investigación, utilizaremos la prueba de los rangos con signos de Wilcoxon, que se refiere al valor de la medida de la muestra. Decidimos utilizar la prueba antes mencionada para analizar nuestros datos, dado que es el equivalente no paramétrico a la prueba t de Student para muestras relacionadas. Aplicamos este diseño de análisis para entender el efecto que el programa de intervención tuvo en nuestra variable de interés.

Para determinar si el programa tuvo el efecto deseado, en la muestra utilizamos dos pruebas que son las más utilizadas en nuestro país, para medir los rasgos de personalidad que están envueltos con los niveles de hostilidad, estas pruebas son: el 16 PF-APQ y la prueba de 90 Síntomas. Tenemos que resaltar que si bien utilizamos éstas pruebas, sólo vamos a utilizar los factores que nos interesan que son en el 90 síntomas: Hostilidad, obsesión – compulsión, ansiedad, y en el 16PF-APQ: Dominancia, impulsividad, atrevimiento, sensibilidad y rebeldía. A cada uno de estos factores se les aplicará una prueba de hipótesis, para medir el efecto del tratamiento.

2.2. Prueba de los 90 síntomas

Comenzaremos con la prueba de los 90 Síntomas de la cual utilizaremos los factores:

2.2.1. Hostilidad.

Cuadro N°5

Prueba de Hipótesis del Factor Hostilidad

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Rangos		N	Rango promedio	Suma de rangos
Hostilidad 2 - Hostilidad 1	Rangos negativos	6 ^a	3.50	21.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	0 ^c		
	Total	6		

a. Hostilidad 2 < Hostilidad 1

b. Hostilidad 2 > Hostilidad 1

c. Hostilidad 2 = Hostilidad 1

Estadísticos de contraste^a

	Hostilidad 2 - Hostilidad 1
Z	-2.271 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	.023

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

Los resultados de la muestra estudiada según la prueba de los signos con rangos de Wilcoxon indican que hubo una disminución significativa en los niveles de hostilidad de los sujetos gracias a la aplicación de nuestro tratamiento.

En los cuadros 5, 6 y la gráfica No 5, se muestra las puntuaciones mediana y promedio en el factor hostilidad, de la prueba 90 síntomas; como puede observarse, el tratamiento tuvo

el efecto deseado ya que el grupo disminuyó significativamente los niveles de hostilidad promedio de 2.4 a 1.4

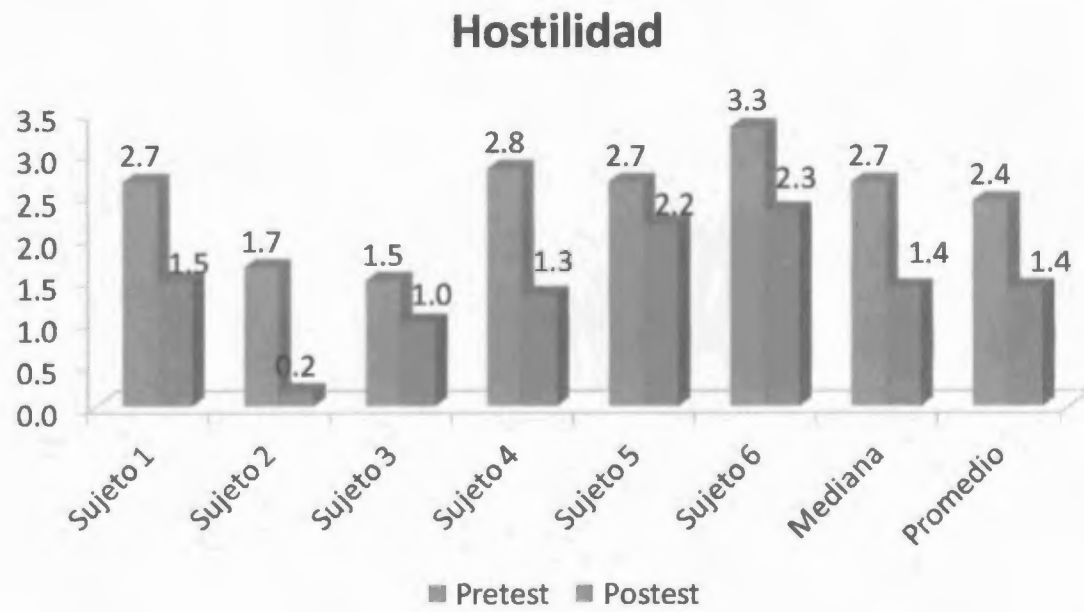
Estos resultados parecen apoyar las consideraciones de la Ainaldi, (2014); en su libro Abordaje de la agresividad desde la Terapia Cognitivo Conductual y de Mendoza, (2015); en su libro Manual de autocontrol del enojo, donde ambas sostiene que esta terapia es efectiva para trabajar los casos de hostilidad.

Cuadro N.6
Puntuaciones en el pretest y posttest en el factor hostilidad

Muestra	Pretest	Posttest
Sujeto 1	2.7	1.5
Sujeto 2	1.7	0.2
Sujeto 3	1.5	1.0
Sujeto 4	2.8	1.3
Sujeto 5	2.7	2.2
Sujeto 6	3.3	2.3
Mediana	2.7	1.4
Promedio	2.4	1.4

Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que
presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

Gráfica N.5



Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

2.2.2 Obsesión – Compulsión:

Prueba de Hipótesis del Factor Obsesión - Compulsión:

Cuadro N°7

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Obsesión-Compulsión 2 - Obsesión-Compulsión 1	Rangos negativos	6 ^a	3.50	21.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	0 ^a		
	Total	6		

a. Obsesión-Compulsión 2 < Obsesión-Compulsión 1

b. Obsesión-Compulsión 2 > Obsesión-Compulsión 1

c. Obsesión-Compulsión 2 = Obsesión-Compulsión 1

Estadísticos de contraste^a

	Obsesión-Compulsión 2 - Obsesión-Compulsión 1
Z	-2.207 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	.027

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

Se rechaza H_0 y se acepta la hipótesis del investigador. El Programa de intervención terapéutica cognitiva conductual logrará disminuir la hostilidad de las adolescentes víctimas de violencia doméstica del Hogar de la Divina Gracia.

Cuadro No 8
Puntuaciones en pretest y postest en el factor Obsesión Compulsión

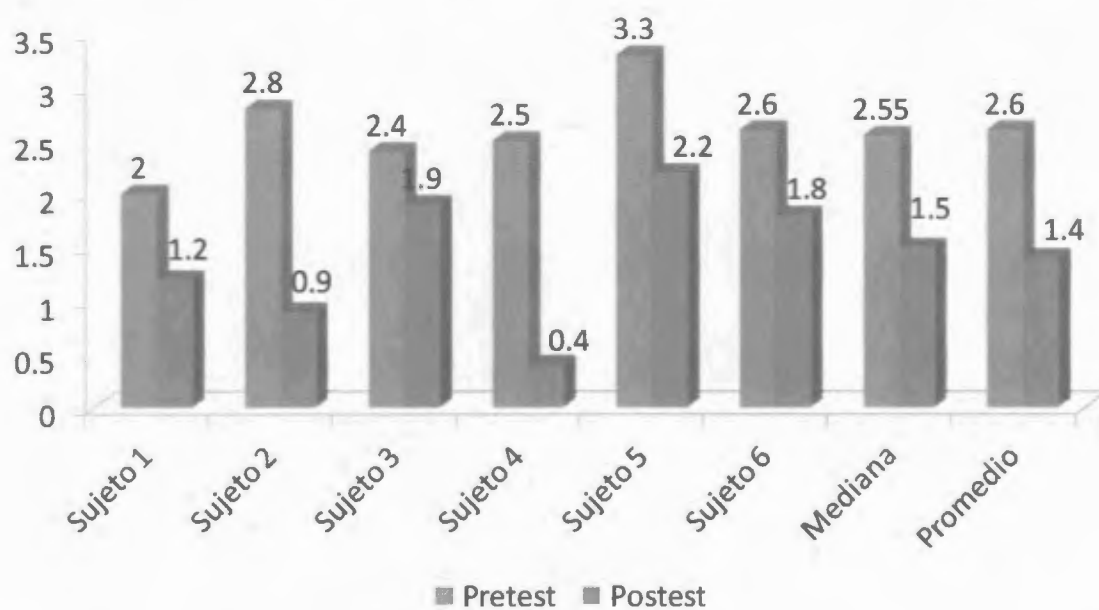
Muestra	Pretest	Postest
Sujeto 1	2.0	1.2
Sujeto 2	2.8	0.9
Sujeto 3	2.4	1.9
Sujeto 4	2.5	0.4
Sujeto 5	3.3	2.2
Sujeto 6	2.6	1.8
Mediana	2.6	1.5
Promedio	2.6	1.4

Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que
 presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

Con relación al factor Obsesión - Compulsión de la prueba 90 síntomas, podemos apreciar los cuadros 7,8 y gráfica No 6, que el grupo disminuyó significativamente los valores promedio de 2.6 a 1.4, lo que indica que el tratamiento fue muy efectivo.

Estos resultados parecen apoyar las consideraciones de García, (2013); del Centro de Psicología Clínica de Psicoterapia de Hermosilla de Madrid, quien es su programa de atención online gratuita, presenta la utilidad la efectividad de esta terapia para trabajar los casos de Obsesión - Compulsión.

Gráfico No 6
Puntuaciones en pretest y postest en el factor Obsesión - Compulsión



**Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que
 presentan hostilidad en adolescentes. 2017.**

2.2.3 Ansiedad:

Cuadro N°9
Prueba de Hipótesis del Factor Ansiedad

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Rangos

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Ansiedad 2 - Ansiedad 1			
Rangos negativos	4 ^a	2.50	10.00
Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
Empates	2 ^c		
Total	6		

a. Ansiedad 2 < Ansiedad 1

b. Ansiedad 2 > Ansiedad 1

c. Ansiedad 2 = Ansiedad 1

Estadísticos de contraste^a

	Ansiedad 2 - Ansiedad 1
Z	-2.000 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	.046

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

Se comprueba la hipótesis de investigador, debido a que el nivel de significancia en la prueba de los signos con rangos de Wilcoxon, es menor .05

En lo que se refiere al factor Ansiedad, podemos observar los datos en los cuadros 9, 10 y gráfico No 7 que las diferencia en el pretest y postest son estadísticamente significativas, como ya lo señalamos en el párrafo anterior y corroborado con la prueba de rangos con

signos de Wilcoxon. Las puntuaciones promedio de ansiedad en el grupo bajaron de 2.0 a 1.4

Estos resultados parecen apoyar las consideraciones de Gómez, (2015); en su libro Se acabo la ansiedad y los ataques de Pánico, presenta la efectividad de esta terapia para trabajar los casos de Ansiedad.

Cuadro No 10

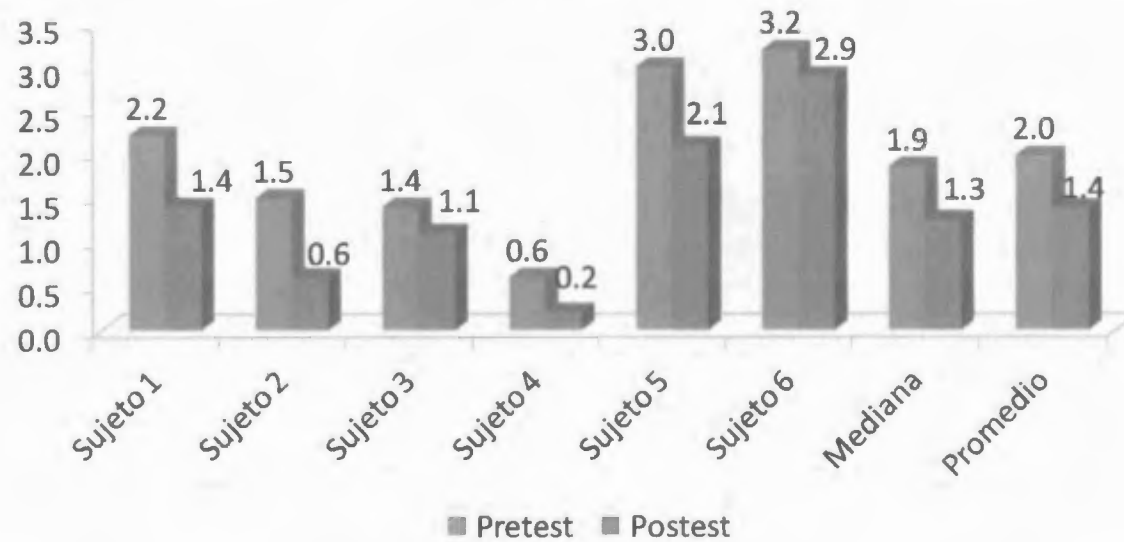
Puntuaciones en Pretest y postest en el factor Ansiedad

Muestra	Pretest	Postest
Sujeto 1	2.2	1.4
Sujeto 2	1.5	0.6
Sujeto 3	1.4	1.1
Sujeto 4	0.6	0.2
Sujeto 5	3.0	2.1
Sujeto 6	3.2	2.9
Mediana	1.9	1.3
Promedio	2.0	1.4

Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

Gráfico No 7

Ansiedad



Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

2.3. 16PF-APQ

En la prueba 16 PF –APQ, analizaremos 4 factores de personalidad que manifiestan los rasgos de hostilidad, estos son: Dominancia, Impulsividad, Atrevimiento, Sensibilidad y Culpabilidad.

Para probar nuestras hipótesis, utilizaremos una significancia estadística de .05 ó 5% y se concluyó que si la significancia bilateral que nos brinda la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon es menos que .05 ó 5% rechazaremos Ho, y nos quedaremos con la hipótesis de investigación.

2.3.1Factor Dominancia

Dominancia

Cuadro n° 11
Prueba de hipótesis del factor Dominancia con los rangos con signo de Wilcoxon

Rangos			
		N	Rango Promedio
Dominancia 2	Rangos negativos	6 ^a	3.50
Dominancia 1	Rangos positivos	0 ^a	0.00
	Empates	0 ^a	
	Total	6	
Suma de rangos			
			21.00
			0.00

a. Dominancia 2 < Dominancia 1
b. Dominancia 2 > Dominancia 1
c. Dominancia 2 = Dominancia 1

Estadísticos de Contraste ^a

	Dominancia 1- Dominancia 2
Z	-2.207 ^b
Sig. Asintot. (bilateral)	0.027

a. prueba de los rangos con signo de Wilcoxon
b. Basado en los rangos positivos

Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

Al analizar este factor, encontramos que p (0.027) es menor que el nivel de significancia planteado .05 ó 5% existe evidencia suficiente para rechazar Ho y quedarnos con la

hipótesis de investigación y concluir que el factor Dominancia, las diferencias son estadísticamente significativas, producto del tratamiento aplicado y no debido al azar.

Estos resultados parecen apoyar las consideraciones de García, (2015); en su libro la Terapia de Pareja desde la perspectiva cognitivo conductual, abala la utilidad de esta terapia para trabajar los casos de Dominancia.

Cuadro No 12
Puntuaciones en Pretest y Postest en el Factor Dominancia

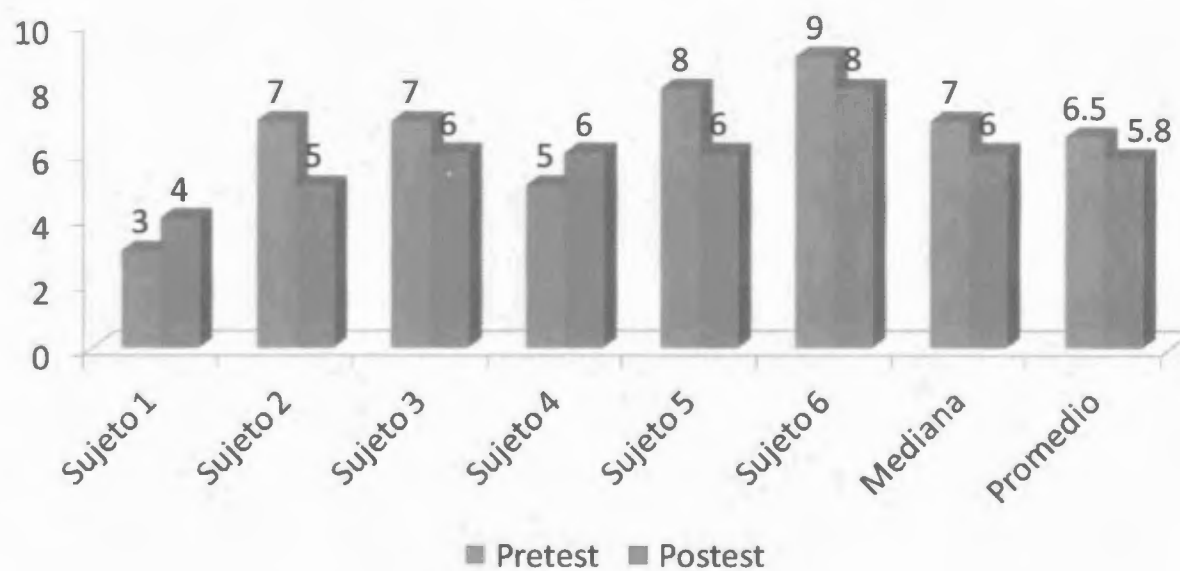
Muestra	Pretest	Posttest
Sujeto 1	3.0	4.0
Sujeto 2	7.0	5.0
Sujeto 3	7.0	6.0
Sujeto 4	5.0	6.0
Sujeto 5	8.0	6.0
Sujeto 6	9.0	8.0
Mediana	7.0	6.0
Promedio	6.5	5.8

Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

A continuación en los cuadros 11, 12 y gráfica No 8 presentaremos las puntuaciones obtenidas en el pretest y posttest por cada uno de los sujetos, así como también, presentamos el promedio y mediana grupal. Como se puede apreciar el promedio grupal disminuyó de 6.5 a 5.8 lo que hace que se compruebe nuestra hipótesis.

Gráfico No 8

Dominancia



Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

2.3.2. Factor Impulsividad

Impulsividad

Cuadro n° 13
Prueba de hipótesis del factor Impulsividad con los rangos con signo de Wilcoxon

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Rangos		N	Rango Promedio	Suma de rangos
Impulsividad 2	Rangos negativos	6 ^a	3.50	21.00
Impulsividad 1	Rangos positivos	0 ^a	0.00	0.00
	Empates	0 ^a		
	Total	6		

- a. Impulsividad 2 < Impulsividad 1
b. Impulsividad 2 > Impulsividad 1
c. Impulsividad 2 = Impulsividad 1

Estadísticos de Contraste ^a

	Impulsividad 2- impulsividad 1
Z	-2.232 ^a
Sig. Asintót. (bilateral)	0.026

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon
b. Basado en los rangos positivos

Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que
presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

Se comprueba la hipótesis de investigador debido a que el nivel de significancia en la prueba de los signos con rangos de Wilcoxon, es menor .05

En lo que se refiere al factor Impulsividad, podemos observar los datos en los cuadros 13, 14 y gráfico No 9 que las diferencia en el pretest y postest son estadísticamente significativas, como ya lo señalamos en el párrafo anterior, y corroborado con la prueba de rangos con signos de Wilcoxon.

Cuadro No 14

Puntuaciones en pretest y postest en el factor Impulsividad

Muestra	Pretest	Posttest
Sujeto 1	9.0	5.0
Sujeto 2	8.0	4.0
Sujeto 3	8.0	5.0
Sujeto 4	9.0	4.0
Sujeto 5	8.0	5.0
Sujeto 6	9.0	6.0
Mediana	8.5	5.0
Promedio	8.5	4.8

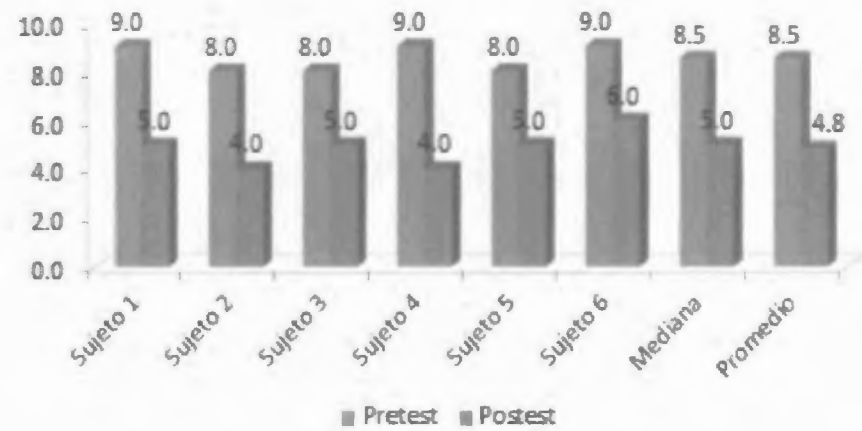
Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

En cuanto al factor impulsividad, podemos observar en los cuadros 13, 14 y gráfica No 9 que las diferencias promedio disminuyeron de 8.5 a 4.8, estas diferencias son estadísticamente significativas; es decir, que se comprueba nuestra hipótesis; lo que quiere decir que la Terapia Cognitivo Conductual es efectiva para disminuir los niveles de Impulsividad.

Estos resultados parecen apoyar las consideraciones de Arjalaguer, (2015); en su libro Autocontrol y Terapia cognitivo conductual, abala la utilidad de esta terapia para trabajar los casos de Impulsividad.

Gráfico No 9

Impulsividad



Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

2.3.3 Factor: Atrevimiento

Atrevimiento

Cuadro n° 15

Prueba de hipótesis del factor Atrevimiento con los rangos con signo de Wilcoxon

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Rangos		N	Rango Promedio	Suma de rangos
Atrevimiento 2	Rangos negativos	6 ^a	3.50	21.00
Atrevimiento 1	Rangos positivos	0 ^a	0.00	0.00
	Empates	0 ^c		
	Total	6		

- a. Atrevimiento 2 < Atrevimiento 1
- b. Atrevimiento 2 > Atrevimiento 1
- c. Atrevimiento 2 = Atrevimiento 1

Estadísticos de Contraste ^a

	Atrevimiento 2- Atrevimiento 1
Z	-2.266 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	0.024

- a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon
- b. Basado en los rangos positivos

Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

Como la significancia bilateral 0.024 es menor que el nivel de significancia de 0.05 se rechaza Ho y se comprueba la hipótesis del investigador.

Cuadro No 16

Puntuaciones en pretest y postest en el factor Atrevimiento

Muestra	Pretest	Postest
Sujeto 1	7.0	4.0
Sujeto 2	8.0	4.0
Sujeto 3	9.0	4.0
Sujeto 4	9.0	5.0
Sujeto 5	8.0	4.0
Sujeto 6	8.0	4.0
Mediana	8.0	4.0
Promedio	8.2	4.2

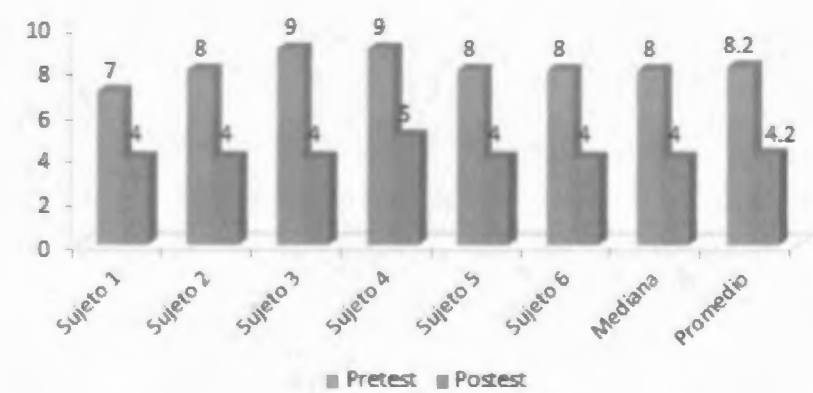
Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

En cuanto al factor Atrevimiento podemos observar en los cuadros 15, 16 y gráfica No 10 que las diferencias promedio disminuyeron de 8.2 a 4.2, estas diferencias son estadísticamente significativas; es decir, que se comprueba nuestra hipótesis, lo que quiere decir, que la Terapia Cognitivo Conductual es efectiva para disminuir los niveles de atrevimiento.

Estos resultados parecen apoyar las consideraciones de Camacarro, (2014); en su Programa de orientación cognitivo conductual para un Liderazgo asertivo, abala la utilidad de esta terapia para trabajar los casos de atrevimiento.

Gráfico No 10

Atrevimiento



Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

2.3.4 Factor Sensibilidad:

Sensibilidad

Cuadro n° 17

Prueba de hipótesis del factor Sensibilidad con los rangos con signo de Wilcoxon

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Rangos		N	Rango Promedio	Suma de rangos
Sensibilidad 2	Rangos negativos	1ª	1.50	1.50
Sensibilidad 1	Rangos positivos	2ª	0.00	4.50
	Empates	3ª		
	Total	6ª		

- a. - Sensibilidad 2 < Sensibilidad 1
- b. Sensibilidad 2 > Sensibilidad 1
- c. Sensibilidad 2 = Sensibilidad 1

Estadísticos de Contraste ^a

	Sensibilidad 2- Sensibilidad 1
Z	-8.16 ^a
Sig. Asintót. (bilateral)	0.014

- a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon
- b. Basado en los rangos positivos

Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

No existe evidencia suficiente para rechazar ho, a pesar que hay una disminución en este factor, no es estadísticamente significativa.

Cuadro No 18

Puntuaciones en pretest y postest en el factor Sensibilidad

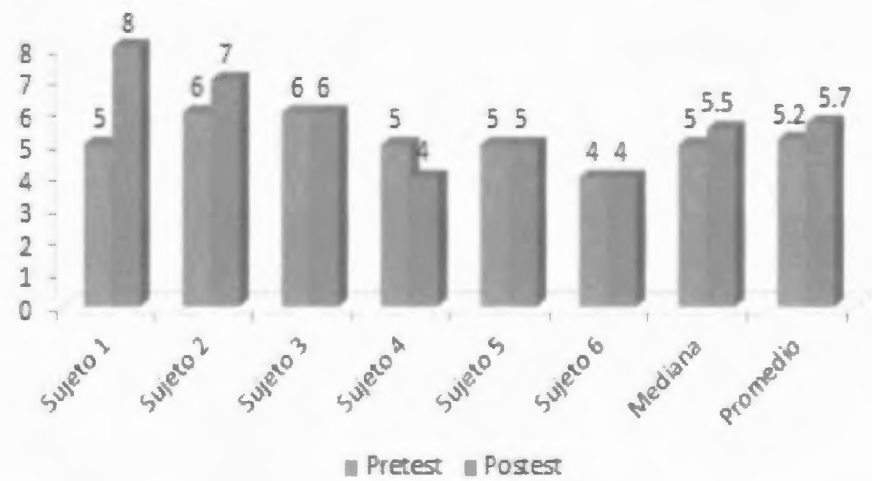
Muestra	Pretest	Postest
Sujeto 1	8.0	5.0
Sujeto 2	7.0	6.0
Sujeto 3	6.0	6.0
Sujeto 4	5.0	4.0
Sujeto 5	5.0	5.0
Sujeto 6	4.0	4.0
Mediana	5.5	5.0
Promedio	5.8	5.0

Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

Como se puede apreciar en el cuadro 17, 18 y gráfico No 11 en el factor Sensibilidad existe una disminución en este factor, sin embargo, estas diferencias no son lo suficientemente significativas como para rechazar la hipótesis nula.

Gráfico N° 11

Sensibilidad



Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

Cuadro No 20

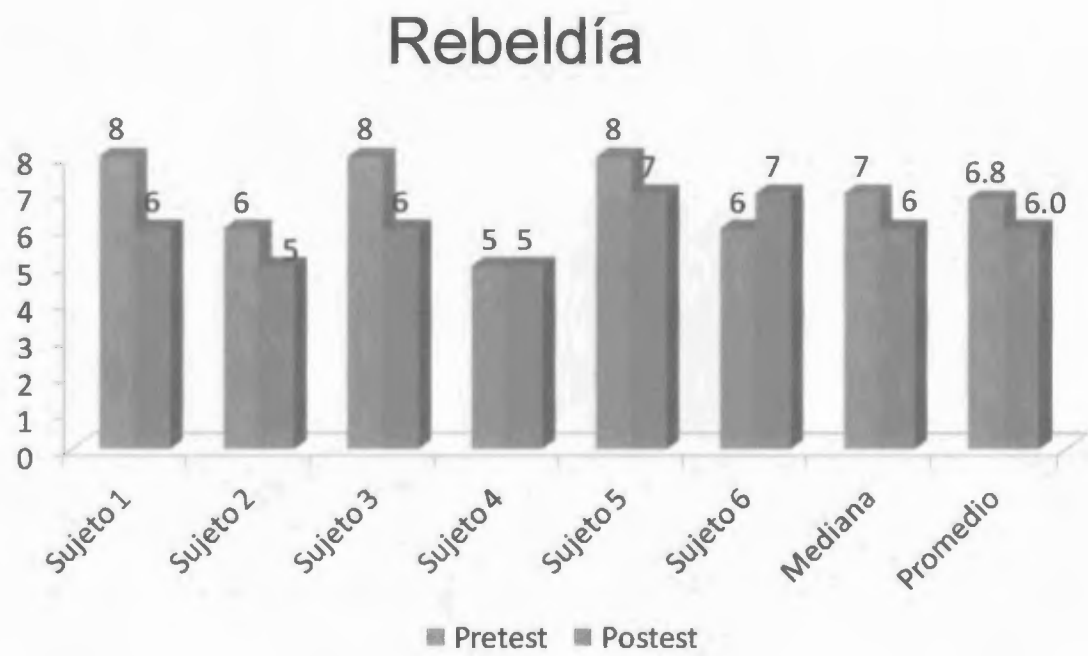
Puntuaciones en pretest y postest en el factor Rebeldía

Muestra	Pretest	Posttest
Sujeto 1	8.0	6.0
Sujeto 2	6.0	5.0
Sujeto 3	8.0	6.0
Sujeto 4	5.0	5.0
Sujeto 5	8.0	7.0
Sujeto 6	6.0	7.0
Mediana	7.0	6.0
Promedio	6.8	6.0

Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

El último factor que analizaremos del 16 PF es el relacionado a la rebeldía; en los cuadro 19, 20 y gráfico No 12, podemos apreciar que hubo una disminución en el promedio del pretest y el posttest, lo que indica que nuestro programa terapéutico en cognitivo conductual fue efectivo para ayudar a nuestra muestra en el este factor, ya el promedio grupal disminuyó significativamente de 6.8 a 6.0

Gráfico No 12.



Fuente: Eficacia de la T. C. C. en víctima de violencia doméstica que presentan hostilidad en adolescentes. 2017.

Recordemos que el 16PF-APQ es una prueba estandarizada que nos ofrece un perfil conformado por los factores de la personalidad, en la muestra estudiada dicho perfil nos brindó una línea base de los componentes presentes en las manifestaciones de hostilidad de los sujetos del estudio, desglosados de tal manera que su identificación fue simplificada, el desarrollo de las estrategias para controlar cada uno de esos factores se dio de manera fluida.

De los ocho rasgos de personalidad estudiados, que presentan los niveles de hostilidad, analizamos que los resultados arrojados del pre test y el post test, demuestran que el rasgo de personalidad que presentó mayor diferencia significativa luego de la intervención terapéutica fue el atrevimiento.

Es este sentido tiene valor este estudio, ya que se comprobó que de los ocho rasgos de personalidad que denotan niveles de hostilidad estudiados, encontramos que solo un rasgo el de sensibilidad, no presentó las diferencias significativas suficientes para comprobar nuestra hipótesis nula, pero los otros siete, hostilidad, obsesión, ansiedad, dominancia, impulsividad, atrevimiento y rebeldía; sí resultaron estadísticamente significativos para evidenciar un cambio en las adolescentes estudiadas.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Despues de haber efectuado el programa de intervencion psicoterapeutica a fin de disminuir la hostilidad en las adolescentes victimas de violencia domestica del hogar de la Divina Gracia con un plan de la terapia Cognitivo Conductual podemos concluir lo siguiente

Con la utilizacion del diseño con pre test y post test nos permitio evaluar a las victimas antes y despues de la intervencion psicoterapeutica y demostrar la eficacia de la terapia Cognitivo Conductual en 14 sesiones en casos de hostilidad

Las victimas en el pre test mostraron rasgos de hostilidad luego de la terapia Cognitivo Conductual las victimas reflejaron un menor rasgo de hostilidad en el post test indicandonos la eficacia de la terapia para estos casos

El trabajar la terapia Cognitivo Conductual individual con cada una de las victimas permitio profundizar en cada caso ya que la violencia de las que fueron victimas de parte de sus familiares en cada caso era diferente

La intervencion terapeutica resulto favorable en la aptitud y la calidad de vida de cada una de las participantes

La disposicion voluntaria de las participantes facilito la aplicacion de la intervencion terapeutica ya que se demostro que las seis victimas adolescentes que terminaron las 14 sesiones mostraron interes de mejorar y cambiar desde el inicio de la terapia en cambio las cuatro adolescentes victimas que mostraron poco interes desde el primer dia fueron las que se fugaron o presentaron problemas de conducta durante la terapia y tuvieron que cambiarlas del hogar

La terapia Cognitivo Conductual es eficaz para trabajar los niveles hostilidad en adolescentes victimas de violencia domestica

La terapia Cognitivo Conductual es eficaz para trabajar los niveles obsesion – compulsion en adolescentes victimas de violencia domestica

La terapia Cognitivo Conductual es eficaz para trabajar los niveles ansiedad en adolescentes victimas de violencia domestica

La terapia Cognitivo Conductual es eficaz para trabajar los niveles dominancia en adolescentes victimas de violencia domestica

La terapia Cognitivo Conductual es eficaz para trabajar los niveles impulsividad en adolescentes victimas de violencia domestica

La terapia Cognitivo Conductual es eficaz para trabajar los niveles atrevimiento en adolescentes victimas de violencia domestica

La terapia Cognitivo Conductual no es tan efectiva para trabajar los niveles sensibilidad en adolescentes victimas de violencia domestica

La terapia Cognitivo Conductual es eficaz para trabajar los niveles rebeldia en adolescentes victimas de violencia domestica

RECOMENDACIONES

- Extender la intervención terapéutica a fin de reforzar en estas adolescentes, otros aspectos de su personalidad, como autoestima, seguridad, empoderamiento, entre otros.
- Incitar a los familiares de las adolescentes, para que también reciban terapia psicológica, a fin que ellos también disminuyan sus rasgos de hostilidad.
- Ilustrar a la población en general, con programas psicoeducativos a fin que no permitan convertirse en víctimas de violencia doméstica, que busquen ayuda en tiempo oportuno.
- Continuar la terapia con las adolescentes a fin de mejorar su sensibilidad.
- Realizar esta investigación con más sujetos, a fin de medir a un número representativo de la población y poder estandarizar esta investigación.
- Sugerir a las autoridades responsables de estas adolescentes, que al asignar el hogar donde residirán las jóvenes con salgan del Hogar, sea un lugar segura para la integridad física y emocional para cada una de ellas.
- Que esta investigación ofrezca información de la importancia de la intervención psicológica a las recluidas, para este hogar y a las otras instituciones similares.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Analdi Maria Celeste (2014) en su libro Abordaje de la agresividad desde la Terapia Cognitivo Conductual España
- Archivos del Hogar de la Divina Gracia (2017)
- Arjalaguer Guarro Merce (2015) en su libro Autocontrol y Terapia cognitivo conductual Alicante España
- Bastida JL Oliva J (2006) AL Los desordenes de la Ansiedad en España Montejo España
- Berkowitz Leonard (1996) Agresion Causas, consecuencias y control Editorial Desclee de Brouwer S A Bilbao
- Bonilla Castro Elssy Hurtado Prieto Jimena Jaramillo Herrera Christian (2009) La investigacion aproximacion a la construccion del conocimiento cientifico primera edicion editorial Alfaomega Mexico
- Caballero Romero Alejandro E (2011) Metodologia integral innovadora para planes y tesis primera edicion editorial Instituto Metodologico Alen Caro Lima Peru
- Caprio Frank Berger Joseph R Curarse con autohipnosis editorial Paidos
- Cobian Mena Alberto E (1997) Yo si creo en la Hipnosis, Editorial Oriente Santiago de Cuba
- Camacarro de Izarro Ydis Margarita (2014) en su Programa de orientacion cognitivo conductual para un Liderazgo Asertivo

- Clasificación bibliográfica Universidad de Salamanca recuperado el 28 de agosto de 2013 [http //web usal es/~alar/Bibweb/Temario/Clasif PDF](http://web.usal.es/~alar/Bibweb/Temario/Clasif PDF).
- Como citar según el formato APA, recuperado el 01 de septiembre de (2013) de [http //www slideshare net/gerinaldocamacho/como-citar-segun formato apa](http://www.slideshare.net/gerinaldocamacho/como-citar-segun-formato-apa)
- Como elaborar citas y referencias bibliograficas estilo APA Recuperado el 22 de agosto de (2013) de
URL [http //www dgbiblio unam mx/ayuda/citatextual html?ml=5&mlt=system&tml=component](http://www.dgbiblio.unam.mx/ayuda/citatextual.html?ml=5&mlt=system&tml=component)
- Como hacer notas de pie de pagina y referencias Escuela de Ciencias Humanas
Guia 36 /22 2 2002 / vers 1 1 recuperado el 29 de agosto de (2013)
[http //www urosario edu co/urosario _files/3d/3d32f29a 6e68 4e28 8d78 486921d3a0b0 pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/3d/3d32f29a_6e68_4e28_8d78_486921d3a0b0.pdf).
- Davis Enriqueta (2001) Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales, Editorial Universitaria Carlos Manuel Gasteazoro Panama
- Domenach Jean-Marie (1981) La Violencia Causas y efectos, Editorial Organización de las Naciones Unidas para la Educación Paris
- Fichas textuales recuperado el 31 de agosto de 2015 de
[http //www buenastareas com/ensayos/Fichas Textuales/137205 html](http://www.buenastareas.com/ensayos/Fichas_Textuales/137205.html)
- Garcia Higuera Jose Antonio (2013) del Centro de Psicología Clínica de Psicoterapia de Hermosilla de Madrid programa de atención online gratuita
- Garcia Higuera Jose Antonio (2015) en su libro la Terapia de Pareja desde la perspectiva cognitivo Conductual Madrid

- Glen, Hardy, (2003); La Hipnosis: Así se controla la mente Humana, Ediciones didácticas, S.A.
- Golcher, Ileana, (2012); Escriba y sustente sus tesis, metodología para investigación social, edición 7, Editorial: Letras Panameñas; Panamá.
- Gómez Pereira, David, (2015); en su libro Se acabo la ansiedad y los ataques de Pánico, Instituto Nacional de Salud Mental, Barcelona
- Hernández Sampieri, Roberto y otros, (2006); Metodología De La Investigación, 4ta edición; Editorial Mc Graw Gill Interamericana; México.
- Lara Muñoz, Erica María, (2011); Fundamentos De Investigación Un Enfoque Por Competencias, primera edición, Editorial: Alfaomega grupo S.A.; México.
- LernaGonzález, Héctor Daniel, (2011); Presentación de Informes: El documento final de investigación, tercera edición, Ecoe Ediciones; Bogotá
- Ley 38 de la República de Panamá, del 10 de julio de (2001).
- Mariano Chóliz Montañez, Técnicas para el Control de la Activación, Relajación y Respiración, Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia
- Metodología de las notas al pie de página, (2013); Universidad de Costa Rica. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica, recuperado el 01 de septiembre de (2015) http://www.derecho.ucr.ac.cr/sitio/images/Investigacion/pies_paginas.pdf;
- Mendoza González, Brenda, (2015); Manual de autocontrol del enojo, España.
- ObstCamerini, Julio, (2000); El Psicodrama Cognitivo Conductual, Editorial CATREC, Buenos Aires

- Pardinas, Felipe, (1980); Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales: Introducción Elemental; 22va Edición; Editorial Siglo Veintiuno; Colombia.
- Rojas, Marcelo, (2002); Manual de Investigación y Redacción Científica; 3ra Edición; Book xpress; Perú.
- Rodríguez, Rubén José, (2010); Metodología de la Investigación Científica Módulo 5 Construcción de Referencias Bibliográficas y Gestores Informáticos de Citas y Referencias; Recuperado el día 23 de agosto de (2013) de URL:
[http://www.rubenjoserodriguez.com.ar/wpcontent/uploads/\(2011\)/06/Modulo_5_Bibliografia_y_Gestores_de_citas_y_referencias_bibliograficas.pdf](http://www.rubenjoserodriguez.com.ar/wpcontent/uploads/(2011)/06/Modulo_5_Bibliografia_y_Gestores_de_citas_y_referencias_bibliograficas.pdf)
- Wood, Cristina M , (2008); Terapia Cognitivo Conductual en Casos de Víctimas, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, Campus de Somosaguas
- Universidad de PIURA, Biblioteca Central. Área de Procesos Técnicos, (2011); Guía para la elaboración de citas y referencias bibliográficas, según el estilo Harvard; Recuperado el 22 de agosto de 2013
URL: [http://www.biblioteca.udep.edu.pe/wpcontent/uploads/2011/02/HARVARD-Elaboracion de citas y referencias.pdf](http://www.biblioteca.udep.edu.pe/wpcontent/uploads/2011/02/HARVARD-Elaboracion_de_citas_y_referencias.pdf)
- Valarino, Elizabeth, (2010); Metodología de la Investigación: Paso a paso, Editorial Trillas, México.
- <http://definicion.de/hostilidad/#ixzz37V0gnr49>
- <https://explorable.com/es/disenio-cuasi-experimental>

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, notificada del objetivo de la Psicóloga SILENA COBOS, estudiante de la Universidad de Panamá, como parte de tesis de grado, requisito para la finalización de sus estudios de Maestría en Psicología Clínica, quien llevará a cabo la investigación titulada: “EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN VICTIMAS DE VIOLENCIA DOMESTICA QUE PRESENTAN HOSTILIDAD, EN ADOLESCENTES DE TRECE A DIESISIETE ÑOS DEL HOGAR DE LA DIVINA GRACIA”. En un periodo de 14 sesiones de 90 minutos cada una, dos veces por semana, durante los meses de junio y julio del presente año.

Consiento y me comprometo, voluntariamente, estampando mi firma, a participar en entrevistas, pruebas psicológicas, a llegar puntual, no faltar a las sesiones, seguir indicaciones y mantener estricta confidencialidad de este proceso terapéutico.

Firma de la participante: _____

Fecha: _____

**Programa de Intervencion terapeutica Cognitivo Conductual de 14 sesiones
para adolescentes con Hostilidad**

Evaluacion 1 1-6-17

Participantes 10

- Presentacion general de los objetivos de la terapia
- Induccion acerca de los conceptos la terapia la metodologia y ilustracion de como vamos a trabajar
- Relajacion

Evaluacion 2 2-6-17

Participantes 10

Aplicacion del Test 90 sintomas

Evaluacion 3 5- 6-17

Participantes 9 Una participante le pego a otra y a la que golpeo la trasladaron a otro hogar

Aplicacion del 16 PF APQ

Evaluacion 4 y5 9-6-17 y 10-6-17

Participantes 9

Entrevistas individuales

Sesion 1 12-6-17

Participantes 9

- Recuento de actividades que realizaron por dia
- Rebatir ideas
- Conexion de pensamientos activadores su interpretacion con la realidad y conducta observabas de ella mismas ante la situacion
- Relajacion

Sesión 2 : 15-6-17

Participantes 9

- Revisión de tareas
- Recuento de actividades que realizaron desde la sesión anterior.
- Rebatir ideas.
- Conexión de pensamientos activadores, su interpretación con la realidad y conducta observabas por ella mismas ante la situación.
- Relajación

Sesión 3: 16-6-17

Participantes 9

- Revisión de tareas
- Recuento de actividades que realizaron desde la sesión anterior.
- Rebatir ideas.
- Conexión de pensamientos activadores, su interpretación con la realidad y conducta observabas por ella mismas ante la situación.
- Relajación

Sesión 4: 19-6-17

Participantes 9

- Revisión de tareas
- Recuento de actividades que realizaron desde la sesión anterior.
- Rebatir ideas.
- Conexión de pensamientos activadores, su interpretación con la realidad y conducta observabas por ella mismas ante la situación.
- Relajación

Sesión 5: 22-6-17

Participantes 9

- Revisión de tareas
- Recuento de actividades que realizaron desde la sesión anterior.
- Rebatir ideas.
- Conexión de pensamientos activadores, su interpretación con la realidad y conducta observabas por ella mismas ante la situación.
- Relajación

Sesión 6: 23-6-17

Participantes 9: Dos participantes se fugaron durante la noche

- Revisión de tareas
- Recuento de actividades que realizaron desde la sesión anterior.
- Rebatir ideas.
- Conexión de pensamientos activadores, su interpretación con la realidad y conducta observabas por ella mismas ante la situación.
- Relajación

Sesión 7: 26-6-17

Participantes 7

- Revisión de tareas
- Recuento de actividades que realizaron desde la sesión anterior.
- Rebatir ideas.
- Conexión de pensamientos activadores, su interpretación con la realidad y conducta observabas por ella mismas ante la situación.
- Relajación

Sesión 8: 29-6-17

Participantes 7

- Revisión de tareas
- Recuento de actividades que realizaron desde la sesión anterior.
- Rebatir ideas.
- Conexión de pensamientos activadores, su interpretación con la realidad y conducta observabas por ella mismas ante la situación.
- Relajación

Sesión 9: 30-6-17

Participantes 7

- Revisión de tareas
- Recuento de actividades que realizaron desde la sesión anterior.
- Rebatir ideas.

- Conexión de pensamientos activadores, su interpretación con la realidad y conducta observabas por ella mismas ante la situación.
- Relajación

Sesión 10: 3-7-17

Participantes 7

- Revisión de tareas
- Recuento de actividades que realizaron desde la sesión anterior.
- Rebatir ideas.
- Conexión de pensamientos activadores, su interpretación con la realidad y conducta observabas por ella mismas ante la situación.
- Relajación

Sesión 11: 4-7-17

Participantes 7

- Revisión de tareas
- Recuento de actividades que realizaron desde la sesión anterior.
- Rebatir ideas.
- Conexión de pensamientos activadores, su interpretación con la realidad y conducta observabas por ella mismas ante la situación.
- Relajación

Sesión 12: 6-7-17

Participantes 6: A una participante el Juzgado le consiguió un familiar responsable donde quedarse

- Revisión de tareas
- Recuento de actividades que realizaron desde la sesión anterior.
- Rebatir ideas.
- Conexión de pensamientos activadores, su interpretación con la realidad y conducta observabas por ella mismas ante la situación.
- Relajación

Sesión 13: 7-7-17

Participantes 6

- Revisión de tareas
- Recuento de actividades que realizaron desde la sesión anterior.
- Rebatir ideas.
- Conexión de pensamientos activadores, su interpretación con la realidad y conducta observadas por ella mismas ante la situación.
- Relajación

Sesión 14: 10-7-17

Participantes 6

- Revisión de tareas
- Recuento de actividades que realizaron desde la sesión anterior.
- Rebatir ideas.
- Conclusión y evaluación de pensamientos activadores, su interpretación con la realidad y conducta observadas por ella mismas ante la situación.
- Relajación

Post Test: 13-7-17

Aplicación de 90msíntomas

Post Test: 14-7-17

Aplicación de 16 PF APQ

Participante 1

Edad 14 años

Estado civil unida

Dirección Chiriquí Las Lomas

Sexo Femenino

Nivel Académico 1ero de secundaria escuela pública

Ocupación Estilista

Religión católica

Anamnesis personal y familiar

Es hija de una relación ocasional de madre y padre drogadictos al nacer la madre se la dejó a su papa y continuó en la drogadicción y el padre entra y sale de la cárcel por consumo y venta de drogas así la tía paterna es quien la ha criado no tiene vínculos con su madre y actualmente se fuga de su casa y se va a quedar a la casa de su novio que es el jefe de una banda en Chiriquí quien la maltrata

A los 12 años fue víctima de violación de parte de cuatro muchachos que le echaron algo en una bebida y cuando despertó estaba sin ropa

Motivo por el cual fue recluida en el Hogar

Por orden del Juzgado de Menores para protección ya que su tía abuela paterna no puede controlarla

Tiempo en el Hogar

Diez días

Participante: 2

Edad: 16 años

Estado civil: soltera

Dirección: Darién, Santa Librada

Sexo: Femenino

Nivel Académico: 5to de secundaria, escuela pública

Ocupación: Estudiante

Religión: católica

Anamnesis personal y familiar:

Es hija de padres separados, su padre hace nueve años se fue de casa y nunca más volvió a verla, tiene ocho hermanos y actualmente un padrastro que la maltrata, a ella, a su hermanita menor y a su madre, trabaja en casa de familia y debido a sus escasos recursos no se atreve a dejar a su agresor.

Motivo por el cual fue recluida en el Hogar:

Por orden del Juzgado de Menores, para protección.

Tiempo en el Hogar:

Dos meses

Participante: 3

Edad: 14 años

Estado civil: soltera

Dirección: Panamá Oeste, Arraiján

Sexo: Femenino

Nivel Académico: 1ero de secundaria, escuela pública

Ocupación: Estudiante

Religión: Atea

Anamnesis personal y familiar:

Es hija de padres separados, su padre hace cuatro años se fue de casa y nunca más volvió a verlo, es la menor de cuatro hermanos, en tres años, ha tenido tres padrastros diferentes, ella sale sin supervisión y se reúne con personas del mal vivir.

Motivo por el cual fue recluida en el Hogar:

Por orden del Juzgado de Menores, para protección, ya que su madre acepta no poder controlarla.

Tiempo en el Hogar:

Cinco meses

Participante: 4

Edad: 16 años

Estado civil: soltera

Dirección: Chiriquí, David

Sexo: Femenino

Nivel Académico: 4to de secundaria, escuela privada

Ocupación: Estudiante

Religión: Católica

Anamnesis personal y familiar:

Es hija única, de familia católica, donde el tío es sacerdote, la situación en su casa es muy tensa, sus abuelos y primos, gritan y discuten, su padre maltrata físicamente a su madre, ella ha presenciado esta situación desde pequeña, este año, ella llegó a amenazar a su padre con meterle un cuchillo en un ojo, así que su tío el sacerdote, logró recluirla en el Hogar para su sanación.

Motivo por el cual fue recluida en el Hogar:

Por recomendación de su tío Sacerdote, para protección y su sanación.

Tiempo en el Hogar:

Cinco meses

Participante: 5

Edad: 14 años

Estado civil: soltera

Dirección: Panamá, Pedregal

Sexo: Femenino

Nivel Académico: 4to de secundaria, escuela pública

Ocupación: Estudiante

Religión: Católica

Anamnesis personal y familiar:

Es hija de una relación ocasional de sus padres, su madre la entregó a una señora para que la criara, pero no se han ocupado de ella en esta familia, solo la madre de la señora con quien la dejaron desde que tenía dos años, a esta señora ella la quiere como a una abuela, pero su madre de crianza, se unió con un señor que la maltrata y la acosa sexualmente, ya que ella sale y se reúne con un grupo de jóvenes que ella considera sus amigos, donde consumen drogas, roban y las muchachas se prostituyen, incluyéndola a ella.

Motivo por el cual fue recluida en el Hogar:

Por orden del Juzgado de Menores, para su protección.

Tiempo en el Hogar:

Ocho meses

Participante: 6

Edad: 17 años

Estado civil: soltera

Dirección: Panamá Oeste, La Chorrera

Sexo: Femenino

Nivel Académico: 1er de secundaria, escuela pública

Ocupación: Estudiante

Religión: Católica

Anamnesis personal y familiar:

Es hija única, es extranjera, su mamá está sola con ella aquí en Panamá, su madre trabaja en casa de familia y es alcohólica, los fines de semana cuando estaba con ella en la casa la golpeaba brutalmente.

A los 14 años fue violada por su tío materno que vino a visitarla a Panamá.

Motivo por el cual fue recluida en el Hogar:

Por orden del Juzgado de Menores, para su protección.

Tiempo en el Hogar:

Once meses

ENTREVISTA

FECHA:

NOMBRE:

EDAD:

ESTADO CIVIL:

DIRECCIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

TELÉFONOS:

CELULAR:

E – MAIL:

OCUPACIÓN:

ESCOLARIDAD:

RELIGIÓN:

COMPOSICIÓN FAMILIAR:

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	EST. CIVIL	ESTUDIOS ALCANZADOS

Describe con sus propias palabras su problema principal_____

Cuándo se siente mal. ¿Qué nota físicamente?_____

Cuándo se siente mal. ¿Qué suele pensar o imaginar?_____

Cuándo se siente mal. ¿Qué hace usted? _____

¿Qué suele aparecer primero. ¿Sensaciones físicas, pensamientos o acción?

Cuántas veces al día o a la semana aparece el problema? _____

Cuál es la intensidad media usando una escala del 0 al 10 _____

¿Cuánto suele durar el malestar? _____

Subraye de este listado lo que usted siente actualmente:

Rigidez, tensión en el cuerpo, flojedad, temblores, taquicardia, calor, sudor, rubor, sofoco, dificultades para respirar, sensaciones en el estómago, vómitos, nauseas, sequedad en la boca, dificultad para tragar, mareos, insomnio, falta de apetito, cansancio, sueño excesivo, disminución del deseo sexual, dolores de cabeza, colitis, ganas de orinar, llanto, ideas de suicidio, pensamientos difíciles de controlar, intento de suicidio, problemas sexuales, económicos, de pareja, sexuales, celos, enfados, nerviosismo, ansiedad, miedo, pánico, depresión, delirios, alucinaciones, dificultades con alcohol, cigarrillos, otras drogas, problemas de relación con los demás, sensación de culpa, de inutilidad, fracaso, desesperanza ante el futuro, timidez, tartamudo, problemas con sus hijos o familiares, dificultades para expresar lo que siente, problemas de comunicación.

¿En que situaciones se presenta el problema? _____

¿En qué momento del día? _____

¿Dónde? _____

¿Ante que personas? _____

Hay alguna sensación corporal que hace que aparezca el problema? _____

Hay algún pensamiento, recuerdo o imagen que provoca su problema? _____

Existen otras circunstancias que hacen que aparezca su problema? _____

¿Cuándo y cómo desaparece el malestar? _____

¿Cómo reaccionan los demás cuando se siente mal? _____

¿Qué piensa usted después de haberse sentido mal? _____

¿Qué actividades de su vida diaria se ven afectadas por el problema? _____

Historia de aprendizaje

¿Desde cuándo le ocurre? _____

Recuerda alguna circunstancia que coincide con el inicio del problema? _____

Alguien de su familia o amigos ha tenido un problema parecido? _____

¿Ha tenido usted mejorías? _____ ¿A qué cree usted que han sido debidas?

Profesión: _____ Le gusta su trabajo? _____ Por qué? _____

Cuál sería su trabajo ideal? _____

Estudios: _____ ¿Cuál es su rendimiento? _____

Describa la relación con su padre? _____

¿Y con su madre? _____

Con sus hermanos? _____

Tiene pareja? _____ Describa la relación con su pareja _____

Áreas conflictivas de su relación de pareja _____

Considera su relación sexual satisfactoria _____ ¿Qué aspectos cambiaría?

Tiene hijos o hijas? _____ Describa su relación con ellos? _____

Tiene una buena capacidad de imaginación? _____

Sabe como relajarse? _____ ¿Cómo lo hace?

¿Le es fácil conocer gente nueva? _____

¿Le es fácil expresar a otra persona lo que piensa o siente? _____

¿Qué dificultades tiene? _____

Se considera una persona disciplinada? _____ Cite algún comportamiento suyo que lo demuestre _____

Nombre de los medicamentos que está tomando (inclusive psicofármacos, anticonceptivos, vitaminas, etc.) _____

Toma alguna droga (incluyendo alcohol y cigarrillo): _____ Frecuencia y cantidad _____

¿Tiene alguna enfermedad? _____

Ha sufrido algún accidente o intervención quirúrgica? _____

Horas de sueño regulares: _____ Horario: _____

Hace siesta: _____

¿Cree usted que lleva una dieta equilibrada? _____

¿Por qué? _____

Hace ejercicio físico con regularidad? _____Cuál y frecuencia semanal _____

¿Qué intenta hacer usted para sentirse mejor cuando se le presenta un problema?

Hasta que punto le funciona _____

Utiliza alguna estrategia para distraerse cuando quiere dejar de pensar en algo? _____

Contactos sexuales desde su niñez

Ha consultado con otro profesional? _____ ¿ Con quien?(psicologo psiquiatra medico otros) _____

¿Que tipo de tratamiento recibio? _____

¿Que obtuvo positivo? _____

¿Por que lo dejo? _____

En que emplea su tiempo libre?(aficiones hobbies actividades preferidas) _____

Cuanto tiempo le dedica a la semana? _____

Ha dejado de hacer alguna actividad que antes le gustaba? _____

¿Quien es su amistad mas cercana? _____

¿Cuales son las personas mas significativas en su vida actualmente? _____

¿Quien de ellas podria ayudarle en la terapia? _____

¿Que cree usted que es un psicologo? _____

¿En que cree usted que va a consistir la terapia? _____

¿Cuanto tiempo cree que durara? _____

¿Que cualidades cree que debe tener un buen psicologo? _____

¿Hasta que punto usted esta dispuesto a trabajar duro por la terapia? _____

¿Cree que tendra exito? _____ ¿Por que? _____

Describa otras areas problemas de su vida que no hayan aparecido Indique hasta que punto le afecta _____

Describa paso a paso y con horario como es un dia normal entre semana

Describa paso a paso y con horario, como es un fin de semana _____

COMENTARIOS

Si quiere añadir algo que le parezca importante y que no haya salido o que desee insistir más en ello, coméntelo: _____
